

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1971

N° 15

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Monsieur Jean-Paul LEDUC

Interne des Hôpitaux

né le 6 Novembre 1942 à Challans (Vendée)

Présentée et soutenue publiquement le 29 SEP. 1971

Les grossesses à risque élevé

Essai de classification à partir des antécédents

Pronostic maternel et fœtal

Président : Monsieur le Professeur ROUCHY

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS

ANNÉE 1971

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

par

Monsieur Jean-Paul LEDUC

Interne des Hôpitaux

né le 6 Novembre 1942 à Challans (Vendée)

Présentée et soutenue publiquement le

Les grossesses à risque élevé

Essai de classification à partir des antécédents

Pronostic maternel et fœtal

Président : Monsieur le Professeur ROUCHY



FACULTE MIXTE

de MEDECINE et de PHARMACIE d'ANGERS

16, Bd Daviers - 87.76.22

DOYEN	M. RENIER	19, rue La Fontaine
Assesseur	M. GERMAIN	18, quai des Carmes
Secrétaire	M. MAILLEUX	23, rue Rousseau

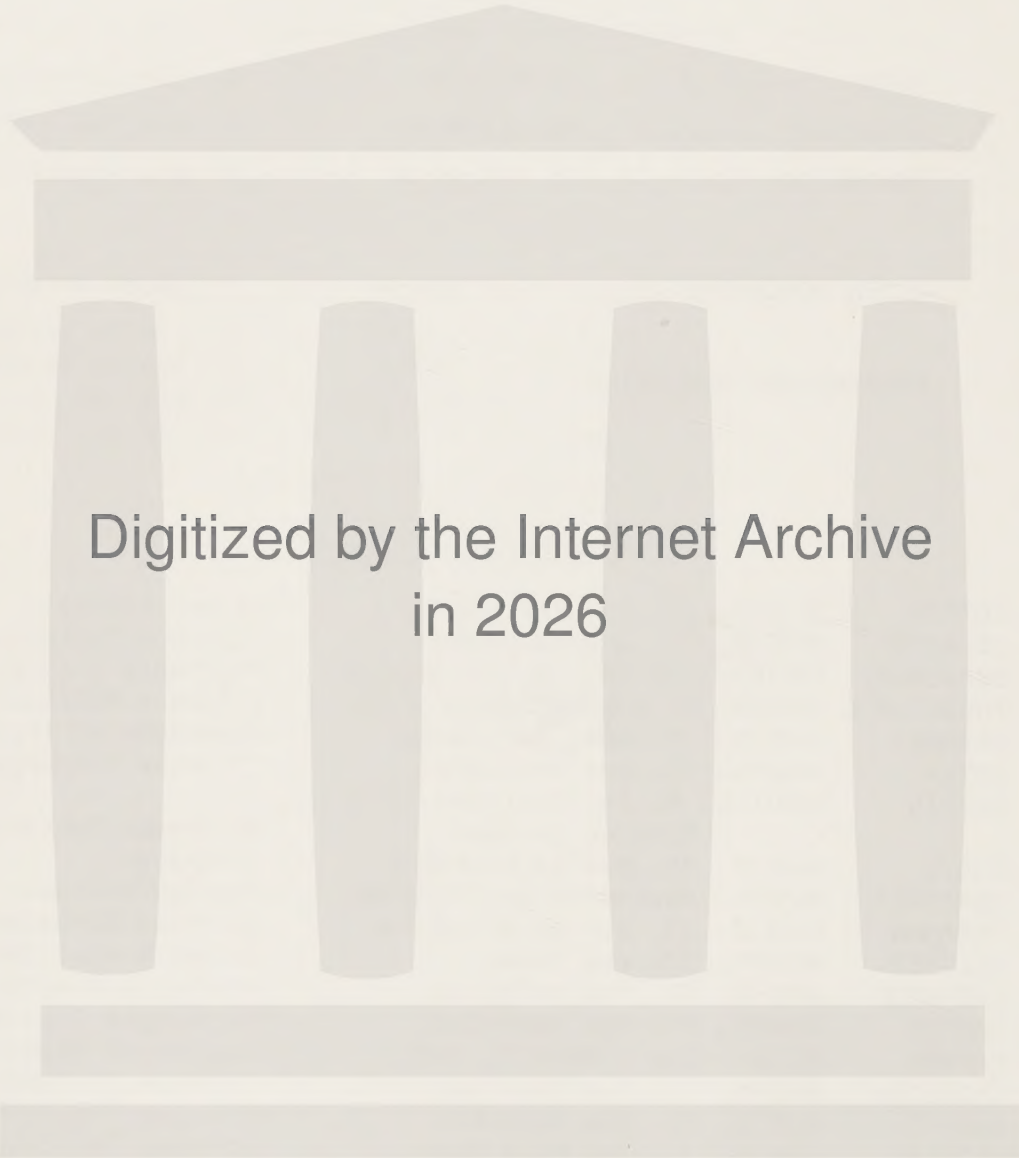
DOYEN HONORAIRE	M. ROUCHY	1, place de Lorraine
PROFESSEURS HONORAIRES	{ M. AMSLER	8, rue de Bel-Air
	{ M. DAVID	6, rue de la Gare
	{ M. ROUSSEAU	12, bis rue des Arènes
	{ M. HY	4, bis rue Hanneloup

PROFESSEURS TITULAIRES

M.M.	COTTIN	ANGERS, 26, rue des Arènes	Chimie Générale
	DELAITRE	ANGERS, 20, avenue Vauban	Clinique Médicale Infantile
	DESJOBERT	CHATEAU-GONTIER, 7, rue Thiers	Pharmacie Chimique
	FRESSINAUD	ANGERS, 5, avenue Jeanne d'Arc	Clinique Médicale B
	GERMAIN	ANGERS, 18, quai des Carmes	Botanique et Cryptogamie
	GOYER	ANGERS, 12, rue Rabelais	Clinique Chirurgicale B
	GUERIN	AVRILLE, 6, av. Foulques Nerra Parc de la Haye	Biophysie Médicale
	GUNTZ	ANGERS, 16, rue La Fontaine	Anatomie
	HERISSET	ANGERS, Résidence des Plantes	Matière Médicale
	HERMANN	ANGERS, 21, rue du Quinconce	Clinique Ophtalmologique
	JOLIVET	ANGERS, 27, rue Hoche	Chimie Analytique
	LAFARGUE	ANGERS, 67, rue du Bellay	Pharmacie Galénique
	MARTIN	ANGERS, 17, rue Hanneloup	Pathologie Chirurgicale
	MENARD	BECON - les - GRANITS (49)	Hygiène et Médecine Sociale
	NAULLEAU	ANGERS, 18, rue Rabelais	Clinique Chirurgicale A
	DURY	ANGERS, 66, rue Rabelais	Clinique Pneumo-Phtisiologique
	PERREAU	ANGERS, 19, rue Paul Bert	Clinique Médicale A
	REBEL	ANGERS, 74, rue du Bellay	Histologie
	RENIER	ANGERS, 19, rue La Fontaine	Clinique Rhumatologique
	ROUCHY	ANGERS, 1, place de Lorraine	Clinique Gynécologique et Obst.
	SIMARD	ANGERS, Résidence Anjou Bt B Rte des Ponts de Cé	Anatomie Pathologie

PROFESSEUR TITULAIRE à TITRE PERSONNEL

HOCQUET	BOUCHEMAINE, 5 domaine de la Croisette	Parasitologie.
---------	---	----------------



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545934_0014

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM	BONNIOT	74, av. du Cdt Ménard AVRILLE	Clin. Médicale B
	JOUBAUD	9, rue Froust ANGERS	Hépatologie Gas. Entérol.
	PARSY	35, avenue Jeanne d'Arc ANGERS	O.R.L.
	PERTUS	La Cheneraie Ste GEMMES s/Loire	Urologie
	ROGNON	49, Bd du Roi René ANGERS	Chirurgie Générale
	TADEI	18, av. des Marronniers ERIGNE	Méd. Gén. & Cardiologie

AGREGES

MM	GOLDEWSKI	50, rue de Chateaudun PARIS 9°	Neurologie
	TESTARD	2, place André Leroy ANGERS	Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM	ALLAIN	6, avenue Pasteur ANGERS	Pharmacologie
	AUGEREAU	132, Bd Montparnasse PARIS 14°	Pharmacodynamie
	BREGEON	28 bis rue de Brissac ANGERS	Rhumatologie
Mme	CAVELLAT	8, Domaine de la Croisette BOUCHEMAINE	Anesthésie-Réanimation
M.M.	CAVELLAT	8, Domaine de la Croisette BOUCHEMAINE	Anesthésie-Réanimation
	CARON	35, Avenue Jeanne d'Arc ANGERS	Electroradiologie
	COULLAUD	25, rue d'Alsace ANGERS	Physiologie
	DESNOS	26, rue Dr Guichard ANGERS	O.R.L.
	EMILE	4, place de Lorraine ANGERS	Neurologie
	FRESNEAU	38, place Bichon ANGERS	Médecine Interne
	GIRAULT	41, rue de Belgique ANGERS	Biochimie Médicale
	GROSIEUX	50, Bd du Roi René ANGERS	Gynécologie-Obstétrique
	HUREZ	16, Esplanade du Val d'Or AVRILLE	Hématologie-Immunologie
	HUYGHES- DESPOINTES	10, avenue Jean Lurçat AVRILLE	Biochimie Médicale
	LARGET-PIET	29, rue des Arênes ANGERS	Pédiatrie Génétique
	LARRA	18, rue La Fontaine ANGERS	Histologie
	LE LIRZIN	2, rue Desjardins ANGERS	Gynécologie-Obstétrique
	PILLET	18, rue Létanduère ANGERS	Histologie
	PILLOT	307, route de Paris ANGERS	Bactériologie
	PLANE	39, avenue Jeanne d'Arc ANGERS	Chirurgie Générale
Mlles	PRELOT	11, rue du Dr Goujon PARIS 12°	Physiologie-Zoologie
	QUEROT	90, avenue de Neuilly 92 NEUILLY S/SEINE	Microbiologie
M.	RIBERI	6, rue Bigot ANGERS	Médecine Interne
Mme	SCHNITZLER	2, rue Gay Lussac ANGERS	Dermatologie Vénéréologie

DELEGUES DANS LES FONCTIONS DE MAITRES DE CONFERENCES

MM.	MARTIN FRERE	4, av. Herbillon 94 St MANDE	Chimie Génér. & minérale
	THUILLIER	6, pl. Winston Churchill 92 NEUILLY s/Seine	Chimie Biologique
	VALTON	6, allée des Bouvreuils, Domaine de St François d'Assise 78 La CELLE St CLOUD	Médecine légale
	WARTEL	Clinique du Domaine de Vontes 37 ESVRES	Psychiâtrie

Par délibération en date du 28 Janvier 1966, la
Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.

A Notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur ROUCHY

Président du Centre Universitaire d' Angers

Doyen Honoraire de la Faculté de Médecine

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique

Gynécologue - Accoucheur des Hopitaux

Officier de la Légion d'Honneur

- Nous sommes fier d'avoir été
Interne dans son Service.
- Il nous a inspiré le sujet de
cette thèse, nous a guidé dans sa
rédaction, et nous fait l'honneur
de la présider.
- Qu'il veuille bien trouver ici,
avec tous nos remerciements, l'ex-
pression de notre respectueuse
admiration.

A Notre Jury de Thèse

Monsieur le Professeur PLANE
Maître de Conférences agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

Il a guidé nos premiers pas
en Chirurgie, et a accepté avec
beaucoup de gentillesse d'être notre
Juge.

Nous lui adressons nos vifs remer-
ciements.

Monsieur le Professeur GROSIEUX
Maître de Conférences agrégé
Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux

Il nous a été particulièrement
agréable de travailler à ses côtés
et d'apprécier ses connaissances
étendues en Gynécologie-Obstétrique.
.Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre vive reconnais-
sance.

Monsieur le Professeur LE LIRZIN
Maître de Conférences Agrégé
Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux

Il n'a ménagé ni son temps, ni sa
patience pour notre enseignement.
Qu'il veuille bien accepter nos
très sincères remerciements.

A tous ceux qui nous ont formés au cours de
l'Internat

Monsieur le Professeur GOYER

Monsieur le Docteur VAUCLIN

Monsieur le Docteur VAILLANT

Monsieur le Docteur VERSTRAETE

Monsieur le Docteur DOUESNEAU

Nous les remercions tout particulièrement
de leur enseignement et de l'accueil
bienveillant que nous avons toujours
trouvé près d'eux.

Monsieur le Docteur BARRAYA

Monsieur le Docteur CREZE

De la Clinique Obstétricale et Gynécolog-
ique, dont nous avons toujours apprécié
les conseils amicaux.

A Nos Maîtres d'Externat dans les Hôpitaux de Nantes

Monsieur le Professeur BARON

Monsieur le Professeur BOQUIEN

Monsieur le Professeur TARDIVEAU

Monsieur le Professeur PERRIN

Monsieur le Professeur Robert BUREAU

Monsieur le Professeur Yves BUREAU

Monsieur le Docteur LEMOINE

A ma femme

Nous lui devons beaucoup.

La dédicace de cette thèse n'est qu'un
faible témoignage de l'affection que nous
lui portons.

A mes parents

Leur aide morale et matérielle nous a été
d'un précieux secours.

Nous leur dédions cette thèse en témoignage
de notre filiale affection.

A mes beaux - parents

A toute ma famille

A mes camarades d' Internat

P L A N

	<u>Pages</u>
. <u>INTRODUCTION</u>	
- Définition	1
- Limites du sujet	4
- Matériel d'Etude	6
. <u>CLASSIFICATION</u>	9
. <u>LE PRONOSTIC MATERNEL</u>	15
- Généralités	16
- Le Pronostic maternel immédiat	21
- Le Pronostic Maternel ultérieur	26
. <u>LE PRONOSTIC FOETAL</u>	43
- Le Pronostic foetal global	44
- Le Pronostic Foetal suivant l'Etiologie	51
. <u>CONCLUSIONS</u>	119
. <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	123

LES GROSSESSES A RISQUE ELEVE

=====

ESSAI DE CLASSIFICATION A PARTIR DES ANTECEDENTS, PRONOSTIC MATERNEL ET FOETAL

=====

..... : I N T R O D U C T I O N :

DEFINITION

Grossesses à risque élevé, grossesses à haut risque, grossesses dangereuses, grossesses menacées, "high risk pregnancy" ou "foetus at risk" des auteurs anglo-saxons ; tous ces termes reviennent de plus en plus souvent dans les publications ayant trait à l'obstétrique.

De tous temps, les accoucheurs ont été conscients du risque obstétrical, en particulier, du risque majoré de certaines grossesses, auxquelles ils accordaient une surveillance plus étroite. Ce n'est donc pas une notion nouvelle.

POURQUOI LA NOTION DE GROSSESSE A RISQUE ELEVE EST-ELLE TANT MISE EN EVIDENCE AUJOURD'HUI ?

Le pronostic maternel des grossesses s'est considérable-

ment amélioré, la mortalité étant aujourd'hui de l'ordre de 0,50 pour mille. La pratique des examens prénataux prévus par la loi, la surveillance de la grossesse aidée d'examens complémentaires (dosages hormonaux, ultra-sons, amnioscopie, amniocentèse, électrocardiogramme foetal), la meilleure conduite des accouchements par la surveillance intensive du travail (aidée du "monitoring"), la césarienne devenue intervention d'excellent pronostic, grâce aux progrès de l'anesthésie et aux antibiotiques, tout cela a contribué à diminuer la mortalité maternelle (0,50 pour mille) et périnatale (de 4,31 % en 1939, on peut la chiffrer aujourd'hui aux environs de 2,7 %).

Pourquoi donc insister sur cette notion de haut risque ? Ces 2,7 % de morts peuvent-elles être considérées comme inéluctables ? A cela, il faut répondre que l'on ne cherche pas seulement à faire naître un enfant vivant, mais encore, un enfant à terme (la prématurité n'entre-t-elle pas pour 67,2 % dans la mortalité périnatale ?) et, d'autre part, un enfant sans séquelles psychomotrices (ne compte-t-on pas pour un décès, trois séquelles psychomotrices ?).

De plus, si l'on compte 900.000 accouchements par an, cela fait 27.000 décès environ. En se référant aux courbes comparatives de mortalité maternelle et néo-natale, on constate que depuis 1925, la mortalité maternelle a diminué de 5,33 fois, alors que la mortalité néo-natale n'a diminué que de 1,81 fois.

Quand on aura ajouté que beaucoup de ces morts, apparemment inéluctables, sont en fait prévisibles et parfois évitables, on comprendra l'intérêt qu'il y a, à mettre l'accent sur la notion de "grossesses à risque élevé", grandes pourvoyeuses de ces trop nombreux morts et handicapés.

COMMENT PEUT-ON DEFINIR LA GROSSESSE A RISQUE ELEVE ?

La définition n'est pas facile à donner, car, sur quels critères peut-on adjoindre le qualificatif "élevé" au risque que comporte toute grossesse ? N'a-t-on pas dit qu'il fallait attendre la naissance de l'enfant pour savoir que la grossesse n'était pas à risque élevé.

Remarquons d'abord que le terme de "grossesse" peut prê-

ter à confusion, car le risque ne se limite pas à celle-ci. Il existe aussi pendant le travail, au moment de l'accouchement et même pendant les suites de couches chez la mère et pendant la période néo-natale chez le nouveau-né. Il serait donc plus juste d'employer le terme de "puerpéralité", plus large que celui de grossesse, et, de parler de "puerpéralité à risque élevé".

Pour définir le mot "risque", on peut se reporter au dictionnaire qui nous dit que c'est "un danger éventuel plus ou moins prévisible".

Tout le problème est justement de prévoir ce danger important, (foetal essentiellement, voire maternel) qui existera pendant la grossesse, l'accouchement, et en période néo-natale.

LIMITES DU SUJET

Certes, en cours de grossesse, un risque plus ou moins élevé peut apparaître chez des femmes n'ayant aucun antécédent pathologique (toxémie, métrorragies, voire présentation moins eutocique, grossesse gémellaire, etc...).

Mais, c'est l'étude des antécédents de la femme qui nous semble le mieux répondre à la définition de "risque prévisible" :

- antécédents obstétricaux : grossesses compliquées de toxémies gravidiques par exemple, échecs obstétricaux (avortement, accouchement prématuré, mort périnatale),

mais aussi :

- antécédents pathologiques : ce sont toutes les maladies susceptibles de retentir sur la grossesse.
- sans oublier les antécédents familiaux de diabète, d'hypertension artérielle, d'obésité.

Nous avons donc sélectionné ces grossesses à risque élevé sur les antécédents susceptibles d'entraîner un danger élevé pour la grossesse, l'accouchement et même la période néo-natale ; mais nous avons inclus aussi des grossesses réclamant une "haute surveillance", telles les femmes traitées pour stérilité ou les primipares âgées. Mais en fait, si ces grossesses doivent faire l'objet d'une surveillance spéciale, n'est-ce pas parce qu'elles comportent un risque élevé ?

- risque des premiers mois chez les femmes traitées pour stérilité.
- difficultés de l'accouchement des primipares âgées.

Voici donc définies les limites de notre sujet quant à la sélection des grossesses à risque élevé.

A partir de l'étude des antécédents, il nous a paru intéressant de classer ces "G. R. E." suivant le moment où l'interrogatoire

a pu être fait, c'est-à-dire suivant que nous avons vu la femme pour première fois :

a) en tout début de grossesse. A l'occasion de la première visite prénatale, et, en interrogeant la femme, nous pouvons inscrire "G. R. E." sur le dossier. Parfois même, la femme a un dossier déjà étiqueté.

Nous pouvons ainsi suivre toute la grossesse et informer la femme du risque que comporte celle-ci.

b) en cours de grossesse. Par "en cours" de grossesse, nous retenons le sixième mois en général, soit : le deuxième examen prénatal, mais parfois, la femme ne nous est adressée qu'au septième, voire au huitième mois, et, bien sûr, les possibilités de surveillance sont déjà plus limitées.

c) seulement pour l'accouchement. Ce sont les femmes dont toute la grossesse a été suivie en dehors du Service, parfois même non suivie, arrivant en "catastrophe", déjà en travail ou en imminence de travail, ou bien, pour rupture de la poche des eaux. Parfois même, la thérapeutique de début de travail a été commencée dans une autre Maternité et devant l'absence de progression ou des signes de souffrance foetale, la femme nous est adressée. La surveillance se limite à l'accouchement et à la période néo-natale.

MATERIEL D'ETUDE

Nous avons examiné les antécédents de toutes les femmes ayant accouché dans le Service au cours des années 1968 - 1969 - 1970, soit au total 5 740 accouchements. Nous avons ainsi pu sélectionner 243 grossesses à risque élevé qui se répartissent ainsi :

1968	1 429 accouchements	39 G. R. E.	2,7 %
1969	1 964 accouchements	75 G. R. E.	3,8 %
1970	2 347 accouchements	127 G. R. E.	5,4 %

Le pourcentage de G. R. E. a doublé en deux ans, dépassant ainsi le pourcentage d'augmentation des accouchements.

Il faut signaler que sur ces 241 G. R. E., 5 dossiers sont à éliminer, car trop incomplets au point de vue grossesse ou accouchement.

Notre étude portera donc en fait sur 236 grossesses à risque élevé. Suivant la période de la grossesse où nous les avons vues pour la première fois, nous obtenons :

Vues en tout début de grossesse	99	42 %
Vues à partir du 6e mois de grossesse	57	24 %
Vues seulement pour l'accouchement	80	33 %

- Ainsi : une grossesse à risque élevé sur trois, ne bénéficie d'aucune surveillance spécialisée, et arrive en quelque sorte "en catastrophe" pour l'accouchement.
- Moins d'une grossesse à risque élevé sur deux, vient consulter dès le début de la grossesse et bénéficie ainsi d'une surveillance complète.

Nous envisagerons successivement :

- . La classification à partir de l'interrogatoire - antécédents.
- . Le pronostic foetal : global, et suivant l'étiologie.
- . Le pronostic maternel - immédiat et ultérieur.

CLASSIFICATION

.....
: C L A S S I F I C A T I O N :
::

Nous avons groupé les 236 G. R. E., objet de notre étude, en quatre tableaux, suivant que les antécédents étaient : des échecs obstétricaux concernant le foetus, une pathologie des grossesses ou des accouchements antérieurs susceptibles de retentir sur la grossesse suivante, une pathologie médicale susceptible d'être associée à une grossesse. Dans un dernier chapitre : les grossesses nécessitant une "haute surveillance", femmes stériles et primipares âgées.

Echecs obstétricaux concernant le foetus	106	44,1 %
Pathologie de la grossesse ou de l'accouchement	70	29,3 %
Pathologie médicale associée à la grossesse	28	11,7 %
Grossesses nécessitant une "haute surveillance"	32	14,2 %

Les antécédents de mort foetale, avortements à répétition ou accouchements prématurés à répétition constituent le groupe le plus important. Dans une statistique portant sur 295 G. R. E., travail effectué par le Département de Gynécologie - Obstétrique de l'Université

de NEW YORK, ce nombre est de 36 %.

Si nous analysons plus en détail la répartition à l'intérieur de ces groupes, nous obtenons le tableau suivant :

I - ECHecs OBSTETRIQUES CONCERNANT LE FOETUS

Antécédents d'enfants morts lors de la première grossesse : (morts in utéro et morts néo-natales)	32
Antécédents d'avortements à répétition.....	25
Antécédents d'accouchements prématurés à répétition.....	29
Antécédents d'enfants morts et d'avortements ou accou- chements prématurés.....	<u>20</u>
Soit.....	106

II - ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

Toxémies gravidiques récidivantes.....	26
Iso-immunisation foeto-maternelle.....	22
Antécédents d'accouchements dystociques, séquellaires pour la mère ou l'enfant.....	17
Antécédents d'hémorragies graves et récidivantes.....	<u>5</u>
Soit.....	70

III - PATHOLOGIE MEDICALE ASSOCIEE A LA GROSSESSE

Cardiaques.....	14
Diabétiques.....	8
Divers (maladies diverses).....	<u>6</u>
Soit.....	28

IV - GROSSESSES NECESSITANT UNE "HAUTE SURVEILLANCE"

Femmes traitées pour stérilité.....	16
Primipares âgées.....	<u>16</u>
Soit.....	32

Pour chacun de ces groupes, il est intéressant de distinguer le nombre de femmes vues en début de grossesses, en cours de grossesse, ou seulement pour l'accouchement.

I - ECHecs OBSTETRICAUX CONCERNANT LE FOETUS

ANTECEDENTS	Vues en début de grossesse	Vues en cours de grossesse	Vues pour l'accouchement
32 antécédents d'enfants morts à la première grossesse ou à répétition	<u>14</u>	8	10
25 antécédents d'avortements à répétition	<u>21</u>	1	3
29 antécédents d'accouchements prématurés à répétition	11	5	<u>13</u>
20 antécédents associant morts, avortements et accouchements prématurés	9	4	7

Remarques : La quasi totalité des femmes ayant des antécédents d'avortements à répétition a été suivie dès le début de la grossesse. Il s'agit en effet de femmes désirant une grossesse et que l'on convoque afin de rechercher une étiologie à ces avortements à répétition.

Par contre, pour l'accouchement prématuré à répétition, l'inquiétude de la femme semble moins grande puisque la moitié ne sont vues qu'au moment de l'accouchement. Peut-être aussi insistons-nous moins auprès de ces femmes pour entreprendre les explorations nécessaires.

Enfin, il faut signaler le groupe à risque très élevé des femmes n'ayant eu que des échecs obstétricaux et dont la moitié seulement n'est vue qu'en tout début de grossesse.

II - ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

ANTECEDENTS	Vues en début de grossesse	Vues en cours de grossesse	Vues pour l'accouchement
26 toxémies gravidiques récidivantes	7	5	<u>14</u>
22 femmes iso-immunisées	11	<u>10</u>	<u>1</u>
17 antécédents d'accouchements dystociques, séquellaires pour la mère ou l'enfant	5	3	9
5 antécédents d'hémorragies graves et récidivantes	0	4	1

Remarques : 56 % des toxémies gravidiques récidivantes sont vues seulement pour l'accouchement ! Et pourtant, nous verrons le risque foetal élevé de ce groupe. Il s'agit souvent de grandes multipares ayant quelquefois une hypertension artérielle permanente et parfois associée à une obésité.

La proportion est la même pour les femmes ayant des antécédents d'accouchements dystociques répétés.

Quant aux femmes ayant déjà eu un ou des enfants sévèrement atteints par iso-immunisation, une sur deux seulement se présente dans un Service spécialisé dès le début de la grossesse !

III - PATHOLOGIE MEDICALE ASSOCIEE A LA GROSSESSE

ANTECEDENTS	Vues en début de grossesse	Vues en cours de grossesse	Vues pour l'accou- chement
14 cardiaques	5	6	3
8 diabétiques	3	1	<u>4</u>
6 divers	1	3	2

Remarque : Sur nos huit diabétiques, quatre seulement ont bénéficié d'une surveillance réelle de la grossesse !

IV - GROSSESSES NECESSITANT UNE HAUTE SURVEILLANCE

ANTECEDENTS	Vues en début de grossesse	Vues en cours de grossesse	Vues pour l'accou- chement
16 femmes traitées pour stérilité	<u>12</u>	3	1
16 primipares âgées	<u>0</u>	4	<u>12</u>

Remarques : S'il est normal de voir la quasi totalité des femmes traitées pour stérilité et commençant une grossesse, venir consulter dès le début de celle-ci, on peut s'étonner en constatant qu'aucune des primipares âgées n'a été suivie dès le début. La majorité d'entre elles ne semble pas comprendre le risque de leur grossesse, risque, qui, il est vrai, est encore plus important au moment de l'accouchement.

PRONOSTIC MATERNEL

.....
: L E P R O N O S T I C M A T E R N E L :
:.....

Nous envisagerons successivement :

A) - Des généralités :

Répartition des femmes selon l'âge.

Répartition selon la parité.

Répartition selon le mode d'accouchement.

B) - Le pronostic maternel immédiat :

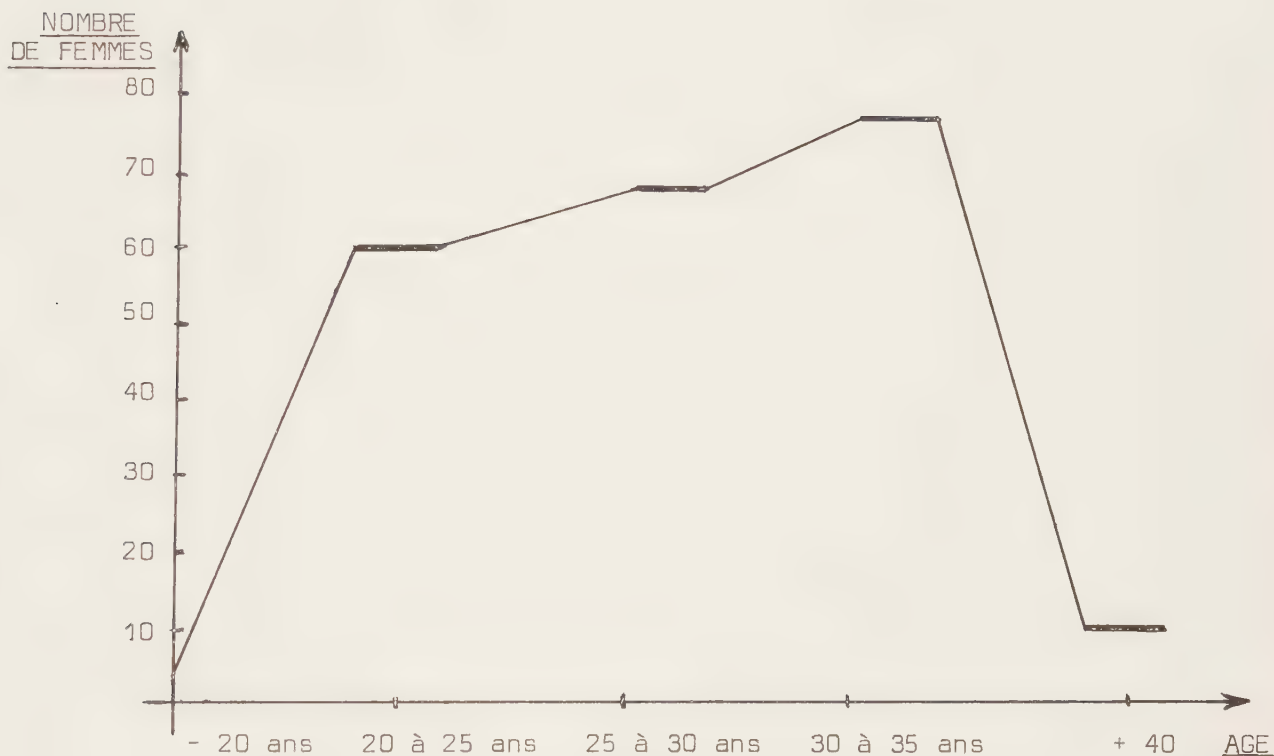
Bilan du risque maternel lié à l'acte obstétrical.

C) - Le pronostic maternel ultérieur :

Bilan de l'avenir obstétrical de ces femmes ayant
présenté une grossesse à risque élevé.

A) - GENERALITES

I - REPARTITION SUIVANT L'AGE
(Primipares âgées exclues)



Sur les 220 femmes, on remarque que 85 (38 %) ont plus
de 30 ans.

Il faut cependant noter une répartition égale suivant les
groupes d'âge :

- 65 moins de 25 ans,
- 69 de 25 à 30 ans,
- 75 de 30 à 40 ans.

En effet, les causes de G. R. E. se rencontrent quel que
soit l'âge :

- jeunes dans le cas d'antécédent d'enfant mort à la première grossesse, d'avortements à répétition, de cardiaques par exemple.
- plutôt âgées dans le cas des toxémiques, d'accouchements dystociques.

II) - REPARTITION SUIVANT LA PARITE

(Les primipares et les antécédents de stérilité sont exclus.
Reste 204 femmes)



On constate que semble le plus élevé en risque :

- le deuxième accouchement (souvent à cause de la pathologie du premier).

Cependant, il faut remarquer le risque élevé chez les grandes multipares.

En effet, malgré leur plus grande rareté dans les accouchements d'une année, on note d'après ce tableau :

- que dans 25,6 % des cas (soit une femme sur quatre), c'est au moins le cinquième accouchement qui est en cause,
- moins d'une fois sur deux, il s'agit du premier ou du deuxième accouchement.

III) - LE MODE D'ACCOUCHEMENT

A - BILAN GLOBAL

	VUES EN DEBUT DE GROSSESSE		VUES EN COURS DE GROSSESSE		VUES POUR L'ACCOU- CHEMENT		TOTAL	
VOIE BASSE	63	63,6 %	40	71,1 %	60	75 %	163	69,3 %
VOIE HAUTE	36	<u>36,3 %</u>	17	28,8 %	20	25 %	73	<u>30,7 %</u>
TOTAL	99	100 %	57	100 %	80	100 %	236	100 %

Ce tableau souligne LE FORT POURCENTAGE DE LA VOIE HAUTE : 30, 7 %.

Ce pourcentage est particulièrement élevé dans les grossesses suivies dès le début. En effet, l'opération césarienne est parfois décidée avant le travail. Par contre, lorsque la femme n'est venue que pour l'accouchement, on est parfois contraint d'accepter un accouchement par voie basse en cours.

Un correctif doit cependant être apporté dès maintenant à ce nombre élevé :

- d'une part, comme nous le verrons, le nombre d'extractions instrumentales par voie basse est réduit.
- d'autre part, comme nous le verrons aussi, le nombre d'opérations césariennes itératives est important.

Il n'en reste pas moins que dans près d'une G. R. E. sur trois, le recours à la voix haute est souhaitable. On comprend l'intérêt d'une salle d'opération toute proche lors de l'accouchement d'une femme présentant une grossesse à risque élevé.

B - VOIE BASSE

(Les pourcentages sont donnés par rapport au nombre total d'accouchements).

	VUES EN DEBUT DE GROSSESSE	VUES EN COURS DE GROSSESSE	VUES POUR L'ACCOU- CHEMENT	TOTAL	
ACCOUCHEMENT NORMAL EN PRESENTATION CEPHALIQUE	56	29	52	137	58,4 %
APPLICATION DE FORCEPS	4	2	2	8	3,3 %
APPLICATION DE VENTOUSE	0	3	0	3	1,2 %
ACCOUCHEMENT EN PRESEN- TATION DJ SIÈGE	3	6	6	15	6,4 %
TOTAL VOIE BASSE	63	40	60	163	69,3 %

° (dont une petite extraction de siège, une version par manoeuvres internes et grande extraction de siège, et, un accouchement gemellaire : grande extraction de siège puis, pour le deuxième enfant, version par manoeuvres internes et grande extraction de siège).

Notons seulement 4,5 % d'extractions instrumentales. On comprend la prudence dont on fait preuve devant ces enfants "à risque élevé".

C - VOIE HAUTE

	VUES EN DEBUT DE GROSSESSE	VUES EN COURS DE GROSSESSE	VUES POUR L'ACCOU- CHEMENT	TOTAL
OPERATIONS CESARIENNES	36	16	16	68
SUTURE UTERINE POUR RUPTURE UTERINE + STE- RILISATION TUBAIRE	0	0	<u>2</u>	2
OPERATIONS CESARIENNES HYSTERECTOMIE TOTALE	0	0	2	2
OPERATIONS CESARIENNES + HYSTERECTOMIE SUBTOTALE	0	1	0	1
TOTAL VOIE HAUTE	36	17	20	73

Il convient de remarquer que les cinq cas de rupture utérine ou d'hystérectomie après opération césarienne sont survenus chez des femmes non suivies ou dans un cas chez une femme suivie tout à la fin de la grossesse.

D - POUR LES OPERATIONS CESARIENNES

(Le pourcentage est donné par rapport au nombre d'opérations césariennes effectuées).

	VUES EN DEBUT DE GROSSESSE		VUES EN COURS DE GROSSESSE		VUES POUR L'ACCOU- CHEMENT		TOTAL	
PREMIERE OPERATION CESARIENNE	21	58,3 %	11	68,7 %	10	62,5 %	42	61,7 %
OPERATION CESARIENNE ITERATIVE	15	41,7 %	5	31,3 %	6	37,5 %	26	38,2 %
STERILISATION TUBAIRE	7	19,4 %	2	12,5 %	4	25 %	13	19,1 %

- NOTONS le FORT POURCENTAGE D'OPERATIONS CESARIENNES ITERATIVES principalement chez les femmes suivies dès le début de la grossesse.

.....
: B) - LE PRONOSTIC MATERNEL IMMEDIAT :
:
:

1° - LE PRONOSTIC VITAL

Nous avons rappelé au début de cette étude le faible pourcentage de mortalité maternelle. Cependant, sur les 236 G. R. E., le pronostic vital fut mis en jeu 5 fois avec une issue fatale dans un cas.

Il s'agissait :

a) d'un placenta accreta

*Madame H...,
Septième pare de 36 ans.*

Antécédents d'hémorragies graves de la délivrance et d'insertion basse du placenta ayant fait l'objet d'une opération césarienne.

Vue seulement pour l'examen du neuvième mois malgré des métrorragies à deux mois et demi et jusqu'à six mois de grossesse. Par ailleurs, il s'agit d'une obèse.

L'examen décèle de plus une présentation transversale.

La malade est hospitalisée. Au cours d'un examen, hémorragie notable, impression de placenta recouvrant, présentation céphalique fuyant vers la fosse iliaque droite. Décision d'opération césarienne après réanimation.

Difficultés d'extraction du placenta "inséré bas sur le pourtour du col". "On ne peut décoller la partie basse qui adhère fortement à l'utérus et se déchire sans décoller". Il est pratiqué une hystérectomie subtotale.

Alors que la fermeture vaginale se termine : arrêt cardiaque et mydriase. Massage cardiaque sans résultat. Deux transfusions sanguines seulement ont été effectuées avant l'arrêt cardiaque. Peut-être y a-t-il eu là insuffisance de réanimation.

b) de deux ruptures utérines

P R E M I E R E O B S E R V A T I O N : *Madame J...,
===== Huitième pare de 38 ans.*

Grande multipare obèse et toxémique (toxémie récidivante).

Vue seulement pour l'accouchement. Hauteur utérine à terme de 47 cm. Un seul fœtus à la radiographie. Tension artérielle à 17/10 à l'entrée. Bruits du cœur bons, mais liquide méconial à la rupture

spontanée des membranes à une dilatation de 5 cm. A une dilatation de 8 cm, alors que la présentation reste toujours élevée, état de choc débutant, sang à la vulve, bruits de coeur non perçus.

Intervention immédiate : rupture utérine sous péritonéale. Pas d'atteinte vésicale. Suture utérine + stérilisation tubaire (enfant de 5 000 g mort).

DEUXIEME OBSERVATION : Madame O...,
===== Sixième pare de 35 ans.

Obèse et toxémique, arrivant elle aussi en travail, mais à l'entrée les bruits de coeur ne sont pas perçus. Il s'agit de plus d'une présentation du siège décomplété. Progression lente du travail. A une dilatation de 9 cm, une perfusion de Syntocinon est installée. Rapidement : état de choc débutant, sang à la vulve.

Intervention immédiate : rupture utérine. Enfant de 5 900 g mort. Il est pratiqué chez cette femme obèse une suture utérine plus stérilisation tubaire. Les suites seront simples. L'hystérogaphie de contrôle sera satisfaisante.

c) de deux éclampsies

PREMIERE OBSERVATION : Madame C...,
===== Primipare de 23 ans.

Antécédent d'hypertension artérielle, arrive dans le Service enceinte de huit mois en état de mal éclamptique. Les bruits du coeur foetal ne sont pas perçus.

Devant ce tableau inquiétant qui s'est installé depuis une heure environ, une perfusion de Phénergan dolosal largactil, viadril est mise en place après induction de l'anesthésie au Penthotal. On obtient ainsi un arrêt des crises d'éclampsies subintrantes.

Mais le travail est lent. A une dilatation de 3 cm, une perfusion de Syntocinon est nécessaire. Accouchement d'un enfant mort-né de 2 560 g.

Les suites de couches seront normales.

Malgré nos conseils, cette femme n'a pas été revue pour exploration.

DEUXIEME OBSERVATION : Madame D...,
===== Primipare de 20 ans.

Est hypertendue connue depuis trois ans. Son père est obèse et diabétique.

Elle nous est adressée d'une maternité rurale où elle a présenté plusieurs crises d'éclampsie en début de travail (le terme est dépassé de quinze jours).

A l'entrée : tension artérielle : 16/12, albumine : ++, bruits du coeur bons. Rupture artificielle des membranes à 2 cm de dilatation. Perfusion de Phénergan Dolosal Largactil.

Mais, devant l'apparition d'une nouvelle crise d'éclampsie et du peu de progression du travail, décision d'opération césarienne. A noter une nouvelle crise d'éclampsie sur la table d'opération. L'enfant de 3 200 g sera réanimé.

Les suites opératoires seront fébriles.

Cette femme sera revue deux fois : pour un avortement de deux mois, puis en 1971 pour une troisième gestation dont le déroulement sera normal malgré une tension artérielle aux environs de 14 - 15 de maxima. Il ne fut pas fait d'exploration de cette hypertension artérielle.

2°) - LES COMPLICATIONS DES SUITES DE COUCHES

a) Les complications infectieuses

12 fois, des suites fébriles en rapport avec un élément infectieux ont été notées :

. 9 fois, dans les suites d'opération césarienne, soit 13 % des cas.

- dans 7 cas, il s'agissait d'endométrite,
- dans 1 cas, une listériose fut mise en évidence,
- dans 1 cas, il s'agissait d'une bronchite.

. 3 fois, à la suite d'un accouchement par voie basse.

- dans 1 cas, il s'agissait d'endométrite,
- dans 2 cas, d'une infection urinaire à colibacille, ou à staphylocoque. Dans ces deux cas, une extraction instrumentale avait été pratiquée.

Ce nombre peut paraître faible, mais souvent, une antibiothérapie préventive fut instituée, (après manoeuvres intra-utérines ou dans les opérations césariennes pratiquées après une période prolongée de rupture des membranes).

D'autre part, seules les infections nettement caractérisées ont été retenues.

b) Les complications thrombo-emboliques

Nous avons retenu deux embolies pulmonaires indiscutables

- l'une survenant chez une primipare de 30 ans antérieurement traitée pour stérilité, et associe un élément infectieux à une embolie pulmonaire.

Opération césarienne à une dilatation de 2 cm pour souffrance foétale. Rupture des membranes depuis sept heures. Laparotomie transversale sus pubienne avec section des droits. Extraction difficile de l'enfant (aidée du forceps).

Au septième jour, évacuation sous anesthésie générale d'un abcès de paroi.

Au quinzième jour, embolie pulmonaire. Tableau clinique typique et signes électrocardiographiques (S1 Q3). L'évolution sera cependant favorable sous héparine et antibiotiques. La malade restera 45 jours hospitalisée.

- l'autre est survenue dans les suites d'une opération césarienne itérative chez une femme ayant un antécédent de cinq opérations césariennes (viciation pelvienne).

Au sixième jour : embolie pulmonaire. Là encore, évolution favorable sous anti-coagulants.

Les deux autres cas d'accidents thrombo-emboliques sont :

- . une suspicion d'embolie pulmonaire : dyspnée + douleurs thoraciques au troisième jour des suites d'une première opération césarienne (antécédent d'enfant mort). Electrocardiogramme normal. Traitement héparinique.
- . une phlébite superficielle au quatrième jour d'une opération césarienne pratiquée pour insertion basse du placenta. Evolution favorable là encore sous traitement anti-coagulant.

Il faut noter la mise préventive sous traitement anti-coagulant dans de nombreux cas d'accouchements dystociques ou de terrains prédisposés.

c) - Autres complications

Il faut citer un abcès du sein survenu chez une primipare très jeune n'allaitant pas. L'abcès dut être incisé.

Mis à part les cinq cas où la vie de la mère fut mise en jeu et les dix sept complications citées, il n'y eut pas pour les autres femmes de conséquences immédiates liées à ces grossesses à risque élevé.

Il convient cependant de signaler dès maintenant que dix sept stérilisations furent pratiquées au cours d'accouchements par voie haute (deux par hystérectomies, quinze par stérilisation tubaire). Nous en verrons le détail au chapitre suivant.

C) - LE PRONOSTIC MATERNEL ULTERIEUR

C'est le bilan de l'avenir obstétrical de ces femmes après leur "puerpéralité à risque élevé".

Pour établir ce bilan, nous avons tenu compte des explorations effectuées, soit dans les suites de couches, soit plus tardivement. Nous avons également tenu compte de la survenue d'une nouvelle grossesse.

Malheureusement, il faut noter :

- qu'un grand nombre de ces femmes n'ont plus été revues depuis la sortie du Service et donc non explorées malgré parfois nos conseils.
- d'autre part, ces G. R. E. étant celles d'années récentes, peu de femmes ont été à nouveau enceintes.

Il est donc difficile d'établir un pronostic formel dans chaque cas.

1°) - PRONOSTIC DES 32 FEMMES AYANT UN ANTECEDENT D'ENFANT MORT

SUR LES SEPT FEMMES AYANT EU UN NOUVEL ECHEC : (enfant mort)

a) - trois ont été explorées après l'accouchement

- . femme ayant eu un enfant mort d'aplasie diaphragmatique :
une hystérosalpingographie fut pratiquée : normale. Par contre, le caryotype révèle une anomalie : 15 % des cellules sont 47 XXX, les autres 46 XX : "Risque de 50 % pour une nouvelle malformation foétale".
- . femme ayant eu un enfant prématuré de six mois un quart, mort néo-natale.
Une biopsie d'endomètre et une hystérosalpingographie furent pratiquées et normales. Mais la femme fut perdue de vue alors qu'une épreuve de stimulation freinage était prévue.
- . femme ayant eu deux enfants morts, tous deux grands prématurés de six mois et demi.
Hystérosalpingographie normale. Biopsie d'endomètre : insuf-

fisance lutéale. Là encore, perdue de vue pour l'épreuve de stimulation freinage. Pronostic réservé.

b) - dans trois autres cas, une exploration était prévue

1. Chez une femme ayant accouché d'un grand prématuré, malgré un cerclage qualifié de "mauvais", et qui, de plus, présentait une malformation rénale, une hystérosalpingographie était prévue ainsi qu'une intervention plastique sur le col ou un cerclage très tôt. Non revue. Pronostic réservé si grossesse non suivie précocément.

2. Deux autres femmes ont maintenant deux antécédents de mort in utéro :

- En raison d'antécédents familiaux d'hypertension artérielle, un bilan vasculo-rénal a été proposé dans un cas. On ne sait s'il a été effectué.
- Pour la seconde femme un caryotype fut effectué : normal, et un spermogramme envisagé. Elle n'a plus été vue depuis sa sortie du service.

c) - dans le dernier cas,

malgré une deuxième mort foétale, il n'est trouvé trace ni d'explorations, ni même d'examen post natal. Pronostic ?

SUR LES 25 AUTRES FEMMES DCNT L'ISSUE DE LA GROSSESSE FUT SATIS-
FAISANTE

a) - 21 n'ont plus été revues depuis leur sortie du Service.

b) - 2 fois, une exploration fut conseillée :

- biopsie d'endomètre et épreuve de stimulation freinage après un mort in utéro et un hypotrophique mais : non revue.
- bilan d'hypertension artérielle en Service de Médecine. Antécédent d'enfant mort par hématome rétro-placentaire. Pas de résultat dans le dossier.

c) - 2 ont été revues :

- une pour métrorragies d'origine fonctionnelle. A l'hystérographie, une rétroversion fut notée. Traitement par progestatif.
- une est à nouveau enceinte depuis trois mois (l'enfant de la G. R. E. était décédé de stéatose diffuse). Grossesse normale jusqu'à ce jour.

2°) - PRONOSTIC DES 25 FEMMES AYANT DES ANTECEDENTS D'AVORTEMENTS A REPETITION

SUR LES CINQ FEMMES DONT LA GROSSESSE S'EST SOLDEE PAR UN ECHEC

a) - dans un cas, le pronostic semble mauvais.

Trois avortements à répétition puis la G. R. E. se soldant par une mort néo-natale (septicémie). Depuis : nouvel avortements, à deux mois et demi. Les explorations s'étaient avérées normales. Seule, une hypoplasie utérine avait été notée. Par contre, une infection urinaire avait été mise en évidence dans les suites de couches. Une exploration rénale avait été envisagée, mais la femme ne s'y est pas soumise.

b) - dans l'autre cas, de mort néo-natale (prématuré de six mois et demi), aucune exploration ne fut faite et la femme non revue (deux avortements provoqués antérieurs).

c) - sur les trois femmes dont l'enfant garde des séquelles (cécité, mongolien, Fallot), deux ont été revues en consultation post natale. Pas de grossesse depuis.

SUR LES VINGT FEMMES DONT L'ISSUE DE LA GROSSESSE FUT SATIS-
FAISANTE

a) - une primipare, troisième geste, demande une contraception orale lors de l'examen post natal.

b) - 16 n'ont plus été revues.

Le pronostic semble bon sous réserve de surveillance et au moins dans six cas, d'un nouveau cerclage du col utérin.

c) - 1 a subi un complément d'exploration :

rein gauche exclu à l'urographie intra-veineuse. Une hystérosalpingographie antérieure avait montré un utérus bicorné bicervical. Elle a de plus consulté récemment pour syndrome prémenstruel.

d) - 2 ont été revues :

- . une pour polype endo-utérin (curetté). Une nouvelle grossesse sera sans doute justiciable d'un autre cerclage du col utérin.
- . l'autre pour nouvelle grossesse. Un cerclag itératif est envisagé.

3°) - PRONOSTIC DES 29 FEMMES AYANT DES ANTECEDENTS D'ACCOUCHEMENTS PREMATURES A REPETITION

SUR LES TROIS FEMMES DONT LA GROSSESSE S'EST SOLDEE PAR UN ENFANT MORT

- a) - l'une était hypertendue (enfant hypotrophique - décès rapide). Une contraception par stérilet était envisagée, mais elle n'a pas été revue.
- b) - une, malgré un troisième accouchement prématuré et enfant mort, n'a pas été revue, pour exploration malgré nos conseils.
- c) - enfin, la troisième (enfant mort in utéro) n'a plus été revue. Là encore, aucune exploration n'a été faite.

POUR LES DEUX FEMMES DONT LES ENFANTS PRESENTENT DES SEQUELLES (NEUROLOGIQUES).

Aucune ne fut revue et nous n'avons pas d'étiologie pré-

cises à ces accouchements prématurés.

POUR LES HUIT FEMMES AYANT ENCORE ACCOUCHE PREMATUREMENT

- a) - une a été explorée après trois accouchements prématurés. Une béance cervicale a été mise en évidence à l'hystérosalpingographie. Un cerclage est envisagé lors d'une nouvelle grossesse.
- b) - une est à nouveau enceinte (quatrième gestation). Un cerclage du col itératif a été pratiqué à trois mois.
- c) - pour les six autres : aucune exploration n'a été faite malgré parfois cinq accouchements prématurés.

SUR LES SEIZE FEMMES DONT L'ISSUE DE LA GROSSESSE A ETE FAVORABLE

- a) - une contraception fut envisagée chez une septième geste, mais elle n'est pas revue.
- b) - quand aux quinze autres, aucune n'a été revue depuis leur sortie du Service.

4°) - PRONOSTIC DES 20 FEMMES AYANT DES ANTECEDENTS D'ENFANTS MORTS ET D'ACCOUCHEMENTS PREMATURES ET D'AVORTEMENT.

POUR LES DEUX FEMMES DONT LA GROSSESSE S'EST TERMINEE PAR UN ENFANT MORT

- a) - l'une a fait l'objet d'une stérilisation tubaire après opération césarienne corporéale pour présentation transversale. Il s'agissait d'une sixième pare de 26 ans.
- b) - l'autre, dont l'enfant est mort in utero, n'a pas été explorée. Le pronostic est réservé (terrain hypertensif).

POUR LES QUATRE FEMMES AYANT ACCOUCHE D'ENFANTS PREMATURES

- a) - une femme a fait l'objet d'une hystérectomie totale
avec conservation annexielle pour infection amniotique et insertion basse du placenta (cinquième pare de 45 ans).
- b) - pour une autre (cinq grossesses : 0 enfant),
le cerclage du col utérin envisagé n'avait pas été fait et sera souhaitable lors d'une nouvelle grossesse.
- c) - une avait été antérieurement explorée sans que l'on ait trouvé d'étiologie précise.
- d) - enfin, la dernière, est sortie au troisième jour des suites de couches. Il s'agit d'une treizième pare de 40 ans non suivie. Le pronostic pour une grossesse ultérieure chez un tel sujet est bien sûr réservé.

SUR LES QUATORZE FEMMES DONT L'ISSUE DE LA GROSSESSE A ETE FAVORABLE

- a) - une contraception par "Stédiril" fut entreprise puis abandonnée car mal supportée.
- b) - les treize autres n'ont pas été revues sauf une pour l'examen post natal.

5°) - PRONOSTIC DES 26 FEMMES AYANT DES ANTECEDENTS DE TOXEMIE GRAVIDIQUE RECIDIVANTE

Nous avons vu le risque foetal élevé de ce groupe de femmes.

Le pronostic maternel est lui aussi souvent réservé.

PRONOSTIC DES DIX FEMMES DONT LA GROSSESSE ETUDIEE SE SOLDÀ PAR UN ECHEC

- a) Trois stérilisations furent pratiquées.

- deux fois au cours d'une intervention pour rupture utérine (stérilisation tubaire).

Ces deux femmes furent d'ailleurs revues, l'une pour hystérogaphie de contrôle (satisfaisante), l'autre six mois après l'intervention pour douleurs abdominales. En fait, elle fut adressée en Médecine pour bilan d'un hypercorticisme probable.

- une fois par hystérectomie totale avec conservation annexielle pour infection amniotique.

b) Trois ont été revues récemment pour nouvelle grossesse.

• Femme éthylique, hypertendue, enfant mort in utéro lors de la grossesse étudiée.

Arrive encore une fois seulement pour l'accouchement !

Une opération césarienne est pratiquée en raison d'une souffrance foetale. Le jeune âge de la femme (28 ans) ne fait pas pratiquer de stérilisation tubaire. Pronostic réservé.

• Femme présentant un syndrome néphrotique (enfant prématuré mort néo-natale à la G. R. E. étudiée). Nouvelle grossesse en 1971 : tableau identique de toxémie. Vue seulement à sept mois de grossesse. Hospitalisée, mais hypodéveloppement foetal important. Pronostic réservé.

• Femme ayant présenté une éclampsie au premier accouchement et enfant mort d'hydrocéphalie à la G. R. E. étudiée. Nouvelle grossesse en 1971. Hypodéveloppement foetal et accouchement prématuré à sept mois trois quarts. Opération césarienne itérative plus stérilisation tubaire.

c) Quatre n'ont pas été revues depuis l'accouchement.

- Dans deux cas, le pronostic semble mauvais (hypertension artérielle permanente chez une femme de 39 ans, et toxémie récidivante allant s'aggravant chez une femme ayant des séquelles de néphrite aiguë).
- Dans le cas de la femme ayant présenté un état de mal éclamptique, un bilan était prévu, mais la femme n'a pas été revue.

- Dans le dernier cas, (premier enfant d'une grossesse gémellaire mort in utéro), le pronostic semble bon sous surveillance.

PRONOSTIC DES SEIZE FEMMES DONT L'ISSUE DE LA GROSSESSE FUT SATISFAISANTE

a) Cinq stérilisations tubaires furent pratiquées.

- Trois fois au cours d'opérations césariennes chez de grandes multipares âgées.
- Une fois au sixième jour des suites de couches (dixième pare de 43 ans).
- Une fois, elle devait être pratiquée dans un Service parisien au cours d'une intervention sur le rein gauche chez la femme présentant une pyélonéphrite chronique gauche.

b) Une a été revue pour une nouvelle grossesse.

Hypertendue habituelle, crise d'éclampsie au premier accouchement, elle présenta depuis : un avortement de deux mois, puis en 1971 une grossesse d'évolution normale, malgré une hypertension artérielle à 14-15 de maxima.

c) Dix n'ont pas été revues depuis l'accouchement

- Dans quatre cas, le pronostic semble réservé.
 - . grandes multipares obèses et hypertendues et de plus, âgées (38 à 42 ans)
 - . une prédiabétique, obèse : 100 kilos, et grande multipare.
- Dans les six autres cas, le pronostic peut être bon sous réserve de surveillance.

Précisons qu'aucune de ces dix femmes n'a été revue pour explorations.

6°) - PRONOSTIC DES 22 FEMMES PRESENTANT UN ANTECEDENT D'ISO-
IMMUNISATION

PRONOSTIC DES DEUX FEMMES DONT LA GROSSESSE S'EST SOLDEE PAR
UN ECHEC

- une stérilisation tubaire fut pratiquée au cours d'une opération césarienne chez une troisième geste sévèrement immunisée (enfant : mort néo-natale par état d'anasarque).
- dans le deuxième cas, la mort néo-natale n'étant pas en rapport avec l'iso-immunisation, le pronostic obstétrical de cette femme semble bon.

PRONOSTIC DES DEUX FEMMES AYANT SUBI DES TRANSFUSIONS IN UTERO

- l'une, septième pare de 32 ans, fit l'objet d'une stérilisation tubaire au cours de l'opération césarienne.
- pour l'autre, quatrième pare de 31 ans, le pronostic est très réservé. Les deux derniers enfants étant nés en état d'anasarque. Rappelons qu'elle accoucha spontanément par voie basse.

POUR LES DIX HUIT FEMMES DONT L'ISSUE DE LA GROSSESSE FUT
SATISFAISANTE

- a) - Deux stérilisations tubaires furent pratiquées au cours d'opérations césariennes chez des 5ème et 7ème paires.
 - Une autre femme bénéficia d'une contraception orale.
- b) Les quinze autres n'ont pas été revues depuis leur accouchement
 - dans six cas, le pronostic est très réservé. Il s'agit d'iso-immunisations sévères avec, dans 3 cas, les deux derniers accouchements déclenchés.
 - dans deux cas, le pronostic est incertain. Il s'agit de femmes iso-immunisées mais, lors de la G. R. E. en

cause, l'iso-immunisation fut moins sévère qu'à la grossesse précédente.

- enfin, dans les sept autres cas, le pronostic peut sembler bon, l'iso-immunisation n'étant pas sévère lors de la G. R. E. considérée. En fait, les grossesses suivantes seront toujours "à risque élevé".

2°) - PRONOSTIC DES 17 FEMMES AYANT DES ANTECEDENTS D'ACCOUCHEMENTS DYSTOCHIQUES

PRONOSTIC DES DEUX FEMMES AYANT EU DES ENFANTS GARDANT DES SEQUELLES

Aucune n'a été revue.

- a) - Le pronostic semble mauvais pour la huitième pare de 42 ans : enfants réanimés à chaque accouchement (20 minutes au dernier).
- b) - Le pronostic de *Madame C...*, ayant eu deux opérations césariennes lors de deux grossesses gemellaires dépend de la surveillance lors d'une autre grossesse.

PRONOSTIC DES DEUX FEMMES AYANT ACCOUCHE PREMATUREMENT

Aucune n'a été revue.

Dans les deux cas, le pronostic semble mauvais : grande multipare de 39 ans avec présentations transversales à répétition et femme de 34 ans avec enfants débiles.

PRONOSTIC DES TREIZE FEMMES DONT L'ISSUE DE LA GROSSESSE FUT SATISFAISANTE

- a) Quatre stérilisations tubaires furent pratiquées au cours d'opérations césariennes.

- deux chez les femmes ayant un antécédent de cinq opérations césariennes.

- deux chez des cinquième et septième pare de 36 et 41 ans.

b) Les neuf autres n'ont pas été revues après leur sortie.

Le pronostic sera bien sûr fonction de la surveillance effectuée lors d'une grossesse ultérieure, vu les antécédents de dystocie.

8°) - PRONOSTIC DES CINQ FEMMES AYANT DES ANTECEDENTS D'HEMORRAGIES GRAVES ET REPETEES

RAPPELONS POUR MEMOIRE LE DECES MATERNEL (placenta accreta)

. pour la femme dont la grossesse s'est soldée par un échec.

Le pronostic chez cette cinquième pare de 35 ans semble mauvais : enfants de plus en plus prématurés, insertion basse ou hémorragie de la délivrance à chaque accouchement.

. pour les trois autres femmes dont l'issue de la grossesse fut satisfaisante.

Aucune n'a été revue.

Deux sur trois ont un antécédent d'opération césarienne pour insertion basse du placenta et de plus, l'âge est de 35 - 40 et 41 ans. Donc, pronostic très réservé.

9°) - PRONOSTIC DES HUIT DIABETIQUES

POUR LA FEMME DONT L'ENFANT GARDE DES SEQUELLES NEUROLOGIQUES

Elle a été revue pour contraception (antécédent maintenant de trois gestations avec un enfant mort et deux opérations césariennes à 25 ans).

Le diabète peu sévère et le jeune âge ont fait refuser la stérilisation tubaire. Elle n'a plus été revue alors.

POUR LES SEPT FEMMES DONT L'ISSUE DE LA GROSSESSE A FINALE-
MENT ETE FAVORABLE

- a) une stérilisation tubaire fut pratiquée au cours de
l'opération césarienne chez une
huitième pare de 38 ans.
- b) une autre a été revue (deuxième geste de 24 ans sous Insuline
depuis six ans) :
- d'abord pour avortement de deux mois et demi,
 - puis, pour contraception, mais là encore fut perdue de
vue, la stérilisation tubaire lui étant refusée. De plus,
elle n'accepta pas la pose d'un stérilet.
- c) les cinq autres femmes n'ont pas été revues.
- dans trois cas, le pronostic semble bon si ces femmes
sont bien surveillées. En effet, elles sont jeunes et
n'ont eu que deux grossesses.
 - dans un cas, de diabète peu sévère, le pronostif est
encore bon.
 - le dernier cas est cette cinquième geste de 33 ans qui
avait refusé l'insuline au cours de sa grossesse, et
était arrivée en travail avec une présentation trans-
versale. On ne peut qu'être pessimiste pour la surveil-
lance d'une autre grossesse !

10°) - PRONOSTIC DES QUATORZE FEMMES AYANT DES ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE

- a) deux stérilisations tubaires furent pratiquées après la
sortie du Service :
- quatre mois après l'accouchement chez une deuxième pare
de 26 ans (coarctation aortique opérée) où la contrac-
tion orale par "Nacényl" entraîna des troubles cardio-
respiratoires.

- quatre mois également après l'accouchement chez une troisième pare de 32 ans (rétrécissement mitral opéré).

b) une autre femme (rétrécissement aortique congénital) fut soumise à une contraception orale par "Nacényl". Il n'est pas fait mention de la durée de cette contraception.

- c) les onze autres femmes n'ont pas été revues et apparemment non soumises à la contraception :
- pourtant la grossesse remonte à 1968 ou 1969 dans six cas.
 - dans neuf cas, ces femmes en étaient à leur premier ou deuxième accouchement et le pronostic paraît encore bon sous surveillance.
 - pour une quatrième et une cinquième pare de 31 et 37 ans (canal artériel et communication inter-auriculaire opérés), le pronostic semble également bon, les dernières grossesses ayant été bien supportées.

Remarquons que dans ces onze dossiers, on ne trouve pas trace d'examen
===== post-natal, ni de consultation de régulation des naissances.

11°) - PRONOSTIC DES SIX FEMMES AYANT DES ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES DIVERS

DEUX FEMMES ASSOCIAIENT FIBROME ET GROSSESSE

Elles furent toutes deux revues pour l'examen post-natal.

- dans un cas, on note une régression du fibrome encore nettement perçu lors des suites de couches. Pas d'hystérosalpingographie.
- dans l'autre cas, une hystérosalpingographie fut pratiquée : elle montre un isthme allongé et une corne utérine gauche soufflée. Un traitement par freinateurs hypophysaires fut institué chez cette femme de 27 ans.

UNE FEMME AVAIT UN ANTECEDENT D'ANURIE APRES HEPATO-NEPHRITE

Convoquée pour l'examen post-natal, elle ne fut pas revue. On peut espérer l'absence de séquelle rénale. Elle a cependant un double antécédent d'opération césarienne pour souffrance foetale ainsi que deux avortements et une grossesse extra-utérine. Cette association nécessitera une surveillance de la prochaine grossesse. Rappelons qu'elle ne fut vue que pour l'accouchement.

DEUX FEMMES ASSOCIENT MALADIE DE RECKLINGHAUSEN ET GROSSESSE

Elles n'ont pas été revues.

Si, classiquement, cette maladie retentit peu sur la grossesse, le pronostic ultérieur de ces deux femmes est cependant réserve.

- l'une a maintenant des antécédents d'enfant mort, puis d'opération césarienne pour souffrance foetale aiguë.
- l'autre accoucha d'un enfant très hypotrophique de 1 990 g.

UNE FEMME ASSOCIAIT MALADIE DE HODGKIN ET GROSSESSE

Rappelons que la grossesse survint en période de rémission.

Elle fut revue :

- d'abord pour un avortement de deux mois,
- puis pour contraception. Elle refusa la pose d'un stérilet et n'a plus été revue depuis. Nous n'avons pas de précision sur l'évolution actuelle de la maladie, étant suivie dans un centre hospitalier éloigné.

12°) - PRONOSTIC DES SEIZE FEMMES AYANT UN ANTECEDENT DE STERILITE

Dans tous les cas, l'issue de la grossesse fut favorable.

TROIS FEMMES ONT ETE REVUES

Madame D...,

qui deux ans avant la grossesse étudiée a subi une résection cunéiforme des ovaires. Deuxième grossesse normale récente. Accouchement d'un enfant de 3 160 g.

Madame M...,

stérilité vraisemblablement d'origine maritale. Traitement du mari par hormone gonadotrophique chorionique. Première grossesse à 37 ans. Nouvelle grossesse récente sans traitement particulier. Enfant de 3 900 g.

Par contre *Madame G...*,

vient d'être revue pour stérilité secondaire. La grossesse étudiée avait eu lieu en 1969. Elle avait débuté après une hystérosalpingographie.

Une insufflation tubaire a été pratiquée : normale. Un traitement de Néopergonal - Lutométradiol a alors été institué. Pas de grossesse à ce jour.

LES TREIZE AUTRES FEMMES N'ONT PAS ETE REVUES

- mais pour dix d'entre elles, la grossesse date de l'année dernière. Chez ces femmes jeunes, le pronostic semble bon.
- dans deux cas, la grossesse date maintenant de deux ans.
 - . la première avait subi une implantation tubo-utérine, et sa première grossesse est survenue à 34 ans. Pronostic plus réservé vu l'âge.
 - . les explorations chez la deuxième femme n'avaient montré qu'une hypoplasie utérine. Après la première grossesse, chez cette femme de 27 ans, le pronostic semble bon.
- dans un cas, la grossesse date de trois ans.

L'origine de la stérilité semblait maritale. Revue pour l'examen post-natal, une hystérosalpingographie a montré une rétroversion utérine. Elle devait être revue un an après, mais n'a pas suivi ce conseil.

13°) - PRONOSTIC DES DIX HUIT PRIMIPARES AGEES

Ces grossesses sont récentes et aucune n'a accouché depuis.

- une seule femme a été revue pour l'examen post-natal.
- dans cinq cas, le pronostic est réservé :
 - . dans quatre cas, la première grossesse est survenue à 40 ans ou plus, et deux fois, une hypertension artérielle est notée.
 - . enfin, dans un cas, la première grossesse fut marquée par une toxémie et l'accouchement à terme d'un enfant très hypotrophique.

En conclusion de cette étude du pronostic maternel, il convient :
=====

1°) - de rappeler le BILAN :

- mortalité maternelle : un cas.
- morbidité : 17 cas, dont :
 - . 12 suites fébriles,
 - . 2 embolies pulmonaires indiscutables,
 - . 2 autres accidents thrombo-emboliques,
 - . 1 abcès du sein.

2°) - de souligner le RISQUE MATERNEL ELEVE chez les toxémiques et les femmes ayant des antécédents d'hémorragie. C'est dans ce groupe que le pronostic vital fut engagé.

3°) - de constater le peu de FEMMES REVUES après l'accouchement, ne serait-ce que pour l'examen post-natal.

. En effet, 34 femmes sur les 236 ont été revues soit 14 %. Il y a pourtant là, un moyen de prévention à d'autre "grossesse à risque élevé", soit, en pratiquant un complément d'explorations, soit, en instituant une contraception chez les femmes aux antécédents trop chargés.

. A ce propos, précisons qu'une contraception effective n'est mentionnée que chez 22 femmes sur 236 (19 stérilisations tubaires dont 4 dans les suites de couches, 3 contraceptions orales, auxquelles il faut ajouter 2 hystérectomies totales, et 1 hystérectomie sub totale suivie du décès maternel rapporté ci-dessus).

PRONOSTIC FOETAL

.....
: LE PRONOSTIC FOETAL GLOBAL :
:
:

Nous conserverons la distinction entre grossesses suivies dès le début, ou en cours de grossesse, ou vues seulement pour l'accouchement (sauf pour la répartition suivant l'âge et la parité où cette distinction aurait peu d'intérêt).

Précisons que :

- cette étude porte sur 236 accouchements,
- mais
- que le bilan des enfants porte sur 239 enfants en raison de trois grossesses gémellaires.

I - REPARTITION DES ENFANTS SUIVANT LE TERME DE L'ACCOUCHEMENT
=====

	VUES EN DEBUT DE GROSSESSE		VUES EN COURS DE GROSSESSE		VUES POUR ACCOU- CHEMENT		TOTAL	
Près du terme ou à terme	76	76,7 %	43	74,5 %	51	61,2 %	170	71 %
Accouchement prématuré	11	11,1 %	6	10,1 %	12	15 %	29	<u>12,1 %</u>
Accouchement très pré- maturé (avant sept mois)	0	0 %	2	3,3 %	7	<u>8,7 %</u>	9	<u>3,8 %</u>
Accouchement à terme dépassé	8	8 %	2	3,3 %	9	11,2 %	19	7,9 %
Non précisé	4	4 %	5	8,4 %	3	3,7 %	12	5 %
TOTAL	99	100 %	58	100 %	82	100 %	239	100 %

15,9 % d'accouchements prématurés au total. La réparti-
tion ne semble pas beaucoup influencée par le moment où les femmes sont
vues, sauf dans le groupe des accouchements très prématurés (aucun pour
celles suivies dès le début de la grossesse).

...

II - REPARTITION SUIVANT LE POIDS DE NAISSANCE DE L'ENFANT

=====

	VUES EN DEBUT DE GROSSESSE	VUES EN COURS DE GROSSESSE	VUES POUR L'ACCOU- CHEMENT	TOTAL
Moins de 1 000 g	0	0	<u>1</u>	1
De 1 000 à 1 500 g	2	3	<u>6</u>	11
De 1 500 à 2 000 g	4	2	<u>5</u>	11
De 2 000 à 2 500 g	9	8	<u>9</u>	26
De 2 500 à 3 000 g	23	10	18	51
De 3 000 à 3 500 g	40	24	25	89
De 3 500 à 4 000 g	18	9	14	41
Plus de 4 000 g	3	2	4	9

Plus explicatif est le tableau suivant :

	VUES EN DEBUT DE GROSSESSE		VUES EN COURS DE GROSSESSE		VUES POUR L'ACCOU- CHEMENT		TOTAL	
Enfants de plus de 2 500 g.	84	84,9 %	45	78,4 %	61	74,4 %	190	79,7 %
Enfants de moins de 2 500 g.	15	15,1 %	13	21,6 %	21	25,6 %	49	20,3 %
TOTAL	99	100 %	58	100 %	82	100 %	239	100 %

Le pourcentage d'enfants de petit poids semble d'autant plus faible que les femmes ont été suivies plus tôt au cours de leur grossesse.

III - ADMISSIONS AU CENTRE NEO-NATAL

=====

	ADMIS AU C. N. M.	NOMBRE D'ENFANTS	POURCENTAGE
Vues dès le début de la grossesse	40	99	40,4 %
Vues au cours de la grossesse	25	58	41,6 %
Vues pour l'accouchement	33	82	40,2 %
TOTAL	98	239	40,6 %

Il est intéressant de noter :

- le pourcentage égal d'enfants admis au centre néo-natal dans chaque catégorie.
- que 40,6 % des enfants doivent être confiés au centre néo-natal. Ce fort pourcentage démontre l'importance d'un tel service à proximité de la salle d'accouchement.

IV - BILAN DE L'ETAT DES ENFANTS

=====

Il nous a paru intéressant de faire ce bilan à deux stades :

- Etat à la naissance basé sur les conclusions de l'examen pratiqué en salle d'accouchement.
- Etat à la sortie du Service : en fait, nous avons retenu les conclusions du dernier examen de l'enfant. Le plus souvent, il s'agit de l'examen de sortie, mais parfois, d'un examen ultérieur, lorsque l'enfant a été revu en consultation. Dans ce tableau et pour arriver au total de 239, nous avons rappelé le nombre d'enfants morts in utéro.

.....

A) - BILAN DES 239 ENFANTS A LA NAISSANCE

.....

	VUES EN DEBUT DE GROSSESSE		VUES EN COURS DE GROSSESSE		VUES POUR L'ACCOU- CHEMENT		TOTAL	
Morts in utéro	1	1 %	1	1,6 %	9	<u>10,9 %</u>	11	4,5 %
Etat de mort apparente	2	2 %	3	5 %	6	<u>7,3 %</u>	11	4,5 %
Prématurés	17	17,1 %	11	18,3 %	21	25,6 %	49	<u>20,3 %</u>
Hypotrophiques	8	8 %	4	6,6 %	7	8,5 %	19	7,8 %
Prématurés et Hypotrophiques	3	3 %	0	0 %	2	2,4 %	5	2 %
A terme - Etat satisfaisant	68	<u>68,6 %</u>	39	68,3 %	37	<u>45,1 %</u>	144	60,5 %
<u>TOTAL</u>	99	100 %	58	100 %	82	100 %	239	100 %

Remarquons :

=====

- la fréquence des enfants prématurés (1 sur 5), même parmi les G. R. E. suivies dès le début de la grossesse.
- les morts in utéro se rencontrent presque uniquement dans la catégorie des femmes vues seulement pour l'accouchement où moins d'un enfant sur deux présente à la naissance un "état satisfaisant".

Mais il est plus intéressant de considérer l'état à la sortie du Service qui nous donne le bilan définitif de ces G. R. E.

.....
B) - BILAN DES 239 ENFANTS A LA SORTIE DU SERVICE :
.....

(et ultérieurement, lorsque les enfants ont été revus).

	VUES EN DEBUT DE GROSSESSE		VUES EN COURS DE GROSSESSE		VUES POUR L'ACCOU- CHEMENT		TOTAL	
Bon pronostic	91	91,9 %	52	90 %	58	70,7 %	201	84,2 %
Pronostic réservé-séquelles	3	3 %	1	1,7 %	9	<u>10,9 %</u>	13	5,3 %
Morts en période néo-natale	4	4 %	4	6,6 %	6	<u>7,3 %</u>	14	5,7 %
Morts in utéro	1	1 %	1	1,6 %	9	<u>10,9 %</u>	11	4,5 %
<u>TOTAL</u>	99	100 %	58	100 %	82	100 %	239	100 %

Deux remarques à propos des morts néo-natales et des séquelles :

- la cause des morts néo-natales est :

- . avant tout, la prématurité dans 57 % des cas (8 sur 14)
- . une fois, la souffrance foetale
- . une fois, l'iso-immunisation foeto-maternelle (anasarque)
- . deux fois, l'infection néo-natale (septicémie)
- . deux fois, une malformation :
 - aplasie diaphragmatique
 - hydrocéphalie.

- les séquelles sont :

- . avant tout neurologiques (sept fois sur treize)
- . dans les autres cas, nous trouvons : mongolien, cécité, cardiopathie, microcéphalie, grande hypotrophie.

Nous nous contenterons de deux remarques sur ce dernier tableau :

1°) Nous avons trois fois et demi plus de morts et séquelles dans le groupe "Femmes vues seulement pour l'accouchement" par rapport au groupe de celles vues dès le début de la grossesse. En effet :

	NOMBRE D'ENFANTS	MORTS + SEQUELLES	POURCENTAGE
vues en début de grossesse	99	8	<u>8</u> %
vues en cours de grossesse	58	6	10,3 %
Vues pour l'accouchement	82	24	29,3 %

2°) Dans ce groupe de grossesses à risque élevé, nous avons une mortalité périnatale de 10,2 %.

Notons que la mortalité périnatale chez les femmes suivies dès le début de la grossesse n'est que de 5 % (encore y-a-t-il dans ces morts un hydrocéphale et une aplasie diaphragmatique).

.....
: LE PRONOSTIC FOETAL SELON L'ETIOLOGIE :
.....

Pour chaque étiologie, nous continuerons à étudier les G. R. E. dans trois chapitres, suivant que la femme a été vue en début, ou en cours de grossesse, ou seulement pour l'accouchement.

Dans chaque chapitre, nous ferons successivement :

=====

- un bilan rapide des antécédents en cause,
- un bilan des moyens de surveillance et des traitements appliqués,
- un tableau du mode d'accouchement,
- un tableau du bilan des enfants (pour ce bilan, a été consulté l'état à la naissance, l'état à la sortie du Service, et, lorsque les enfants ont été revus en consultation, les conclusions de cette consultation),
- enfin, pour chaque étiologie, nous résumerons les observations nous ayant paru les plus intéressantes à rapporter.

I

.....
E C H E C S O B S T E T R I C A U X
C O N C E R N A N T L E F O E T U S
.....

1) - ANTECEDENTS D'ENFANTS MORTS A LA PREMIERE NAISSANCE OU DE MORTS A REPETITION
=====

Il s'agit le plus souvent de secondes paires dont la première grossesse s'est terminée par une mort foetale périnatale, plus rarement de morts foetales à répétition. L'étiologie du premier décès n'est pas toujours facile à préciser. Si, dans certains cas, cette mort foetale est accidentelle, il n'en reste pas moins que la grossesse suivante mérite une attention toute particulière.

A) - SUR 14 G. R. E. SUIVIES DES LE DEBUT DE LEUR GESTATION
ETIOLOGIE

Dans douze cas, il s'agit de la deuxième gestation. Dans les deux derniers cas, il s'agit d'une quatrième et d'une cinquième gestation dont les deux grossesses précédentes se sont soldées par une mort foetale.

Il est intéressant d'étudier l'étiologie de la mort foetale de la première grossesse.

- Dans cinq cas, il s'agit d'affections susceptibles de retentir sur la grossesse suivante :
 - . hypertension artérielle dans quatre cas :
 - hypertension artérielle habituelle à 15/10 - enfant hypotrophique de 1 800 g ; mort néo-natale.
 - hypertension artérielle à 17 - mort in utéro.
 - hypertension artérielle à 18 de maxima dès le cinquième mois chez une obèse - mort in utéro.
 - hypertension artérielle, albumine, oedème - mort in utéro.
 - . dans le cinquième cas : deux morts néo-natales : la première fois, ictère, hémorragie méningée ; la deuxième fois, "stéatose diffuse" dont nous rapporterons l'observation.
 - Dans cinq cas : le traumatisme obstétrical est en cause.
Il s'agit d'applications successives de ventouse puis de forceps, voire ensuite d'opération césarienne aboutissant à l'extraction d'un enfant mort ou impossible à réanimer.
- Une observation mérite d'être signalée : une opération césarienne fut faite avant tout début de travail en raison d'une présentation du siège. L'enfant qui était en fait un prématuré de sept mois et demi décèdera à la vingt-quatrième heure.
- Dans trois cas : la prématurité de l'accouchement semble en cause : deux à six mois, un à six mois et demi. Dans un de ces cas, une coelioscopie pour suspicion de grossesse extra-utérine fut pratiquée en début de grossesse.
 - Le dernier cas relève d'une latérocidence du cordon.

LA SURVEILLANCE de ces quatorze G. R. E. se manifeste en dehors des examens cliniques par des bilans hormonaux dans tous les cas, des amnioscopies (répétées cinq fois dans une observation), des électrocardiogrammes foetaux. Cinq femmes ont bénéficié d'une hospitalisation, dont deux plusieurs fois.

Citons deux observations illustrant cette surveillance :

P R E M I E R E O B S E R V A T I O N : *Madame G...,*
===== *28 ans.*

Premier enfant mort in utéro. Au cours de sa première grossesse, toxémie gravidique, tension artérielle de 18 à partir du cinquième mois, oedèmes, albuminurie. Sa mère est hypertendue, 20 de maxima.

Suivie dès le début de sa deuxième grossesse, mise rapidement au repos, régime, diurétiques. A huit mois, hospitalisation pour traitement de sa toxémie. Elle pèse alors 106 kilos, a une tension artérielle à 20/15. Cinq amnioscopies sont pratiquées montrant toutes un liquide amniotique clair. Un électrocardiogramme foetal s'avère normal. Les bilans hormonaux sont satisfaisants. Cependant, malgré le traitement, la tension artérielle est instable. A proximité du terme, une opération césarienne est pratiquée avant tout début de travail.

L'enfant, un garçon de 3 470 g a un Apgar de 8/10 à la naissance et sortira au dixième jour avec sa mère dans un état satisfaisant.

D E U X I E M E O B S E R V A T I O N : *Madame J...,*
===== *33 ans.*

Cinquième pare qui vient de connaître deux échecs successifs attribués pour le premier à un circulaire du cordon (?), pour le deuxième : toxémie en cours de grossesse - enfant né en état de mort apparente, décès à la quarante-huitième heure.

La surveillance fut marquée par :

- hospitalisation à un mois de grossesse pour vomissements incoercibles (deuxième hospitalisation pour le même motif quinze jours plus tard).

- correction d'une anémie à 2 800 000 globules rouges.

- hospitalisation à huit mois pour surveillance. Amnioscopie normale, électrocardiogramme foetal : "anomalie de morphologie et instabilité du rythme foetal". Aggravation sur le deuxième électrocardio-

gramme pratiqué quatre jours plus tard.

- décision d'interruption de la gestation à huit mois et demi par opération césarienne. Enfant de 3 100 g - état satisfaisant à la naissance. Au dixième jour : méningite, évolution simple sous antibiothérapie massive. Revu à huit mois : "évolution normale en tous points".

L'ACCOUCHEMENT dans ces quatorze cas fut obtenu :

<u>PAR VOIE BASSE</u> (dont 2 en présentation du siège)	8
<u>PAR OPERATION CESARIENNE</u> - 3 avant tout début de travail - 1 en raison d'antécédent d'opération césarienne pratiquée après échec de forceps alors qu'il existait manifestement un bassin transversalement rétréci (enfant de 4 000 g mort). - 2 toxémies (observations précitées)	6

SUR QUATORZE ENFANTS :

ETAT SATISFAISANT.....	10
PREMATURES.....	2
ECHECS - mort néo-natale..... - grand prématuré.....	1 1

RAPPORTONS LES DEUX DERNIERES OBSERVATIONS

=====

Madame C...,
26 ans.

Premier enfant mort in utéro. Accouchement à sept mois. Hypertension artérielle pendant la grossesse à 17 de maxima.

Suivie régulièrement. Hypodéveloppement foetal noté à sept mois. Bilans hormonaux satisfaisants.

Hospitalisée à huit mois trois quarts pour surveillance, Amnios copies normales. En raison d'un dépassement du terme, un essai de déclenchement par perfusion de post hypophyse est fait dix huit jours après terme, mais les bruits du coeur se ralentissent et une opération césarienne est pratiquée.

L'enfant, dont le poids n'est pas précisé, naît en état de mort apparente et est réanimé. Une hernie diaphragmatique par aplasie du centre phrénique est diagnostiquée. Malgré une intervention à quatre heures de vie, l'enfant décède dans la journée.

Il s'agit donc d'un échec relatif.

A noter qu'une anomalie chromosomique est retrouvée chez la mère : 15 % de cellules sont 47 XXX, les autres, 46 XX.

Madame B...,
24 ans.

a accouché prématurément à six mois et demi, lors de la première grossesse. A quatre mois et demi, un cerclage du col est pratiqué, mais il est noté "mauvais".

A sept mois, rupture prématurée des membranes, et, accouchement en siège complet, trois jours plus tard, d'un enfant très prématuré de 1 070 g qui restera trois mois au centre néo-natal et sortira pesant 2 400 g. Il est noté "Pronostic optimiste".

Il faut remarquer dans les antécédents de cette femme l'incision d'un hémato-colpos. L'exploration de l'appareil urinaire a montré une bifidité rénale et urétérale gauche.

Un cerclage très tôt ou une intervention plastique sur le col a été proposée (après bien sûr hystérogaphie).

AU TOTAL, LE BILAN DE CES QUATORZE G. R. E. nous donne :
un enfant mort, et, à la sortie, aucune séquelle.

B) - SUR LES HUIT G. R. E. VUES EN COURS DE GROSSESSE
ETIOLOGIE.

Dans l'étiologie des morts (tous des premiers), on note :

- 2 malformés : hydrocéphale et nain achondroplase.
- 1 fois, un triple circulaire du cordon.
- 1 fois, une hémorragie par insertion basse du placenta, ayant fait l'objet d'une opération césarienne.
- 1 fois, un hématome rétro-placentaire (césarienne à sept mois).
- 3 fois, des accouchements prématurés sans autre cause retrouvée.

LA SURVEILLANCE comporte trois fois une ou des amnioscopies, une fois une amniocentèse, les dosages hormonaux habituels et le dosage de l'oestriol comme dans l'observation ci-dessous.

PREMIERE OBSERVATION : *Madame E...,*
 ===== *21 ans.*

Premier enfant mort malgré
césarienne (à sept mois, il est vrai), pour hématome rétro-placentaire.

Grossesse normale au début. Menace d'accouchement prématuré à sept mois un quart, traitée avec succès par Praxilène en perfusion. Amnioscopies régulières et satisfaisantes, mais à huit mois un quart, baisse importante du taux d'oestriol passant de 12 000 gammas à 3 700 gammas.

Décision d'opération césarienne d'autant qu'une amnioscopie entraîne accidentellement la rupture prématurée des membranes.

L'enfant pesant 2 950 g doit faire l'objet d'une courte réanimation. Le pronostic est bon

DEUXIEME OBSERVATION : *Madame B...,*
===== *24 ans.*

Premier enfant mort-né.
(Accouchement prématuré de sept mois et demi). Pas d'étiologie retrouvée.

Sera hospitalisée à sept mois pour hypodéveloppement foetal.
Les dosages hormonaux montrent un déficit oestrogénique.
Traitement hormonal : Ethinyl Oestradiol, Progestatif.

Deuxième hospitalisation à huit mois pour amnioscopies répétées et amniocentèse qui sera suivie d'un déclenchement du travail. L'accouchement surveillé par cardiotachymètre s'effectue normalement. L'enfant d'un poids de 2 900 g a un comportement satisfaisant.

SUR CES HUIT ACCOUCHEMENTS :

VOIE BASSE.....	6
OPERATION CESARIENNE..... - 1 itérative - 1 avant début de travail (observation précitée).	2

SUR CES HUIT ENFANTS :

ETAT SATISFAISANT.....	7
ECHEC (mort néo-natale).....	1

Il s'agit dans ce dernier cas de :

*Madame C...,
22 ans.*

Premier enfant - mort néo-natale après accouchement prématuré de six mois et demi.

Vue à six mois de grossesse, il est noté "examen normal". Revient à six mois et demi et est admise à dilatation complète. Le placenta est perçu. Il est pratiqué une version par manoeuvres internes, puis une grande extraction de siège. L'enfant qui pèse 1 250 g meurt à la naissance.

Un début d'exploration (hystérosalpingographie normale) sera effectué, mais la malade n'est plus revue par la suite.

C) - SUR LES DIX G. R. E. VUES SEULEMENT POUR L'ACCOUCHEMENT
ETIOLOGIE

- . Dans neuf cas, il s'agit de morts lors de la première gestation
 - 5 fois, il s'agit d'un accouchement prématuré à six ou sept mois avec mort in utéro sans étiologie précise.
 - 2 fois, il s'agit de mort néo-natale où une malformation cardiaque est retrouvée.
 - 2 fois, d'un hématome rétro-placentaire.
- . 1 fois, dernier cas, il s'agit d'une huitième pare ayant eu lors des trois grossesses précédentes, deux enfants morts in utéro et un enfant réanimé.

L'ACCOUCHEMENT fut obtenu :

PAR VOIE BASSE..... (dont deux fois en présentation du siège)	9
PAR OPERATION CESARIENNE..... (pratiquée à l'arrivée de la malade en raison de suspicion d'hématome rétro-placentaire).	1

LE BILAN DE CES DIX ENFANTS montre :

ETAT SATISFAISANT.....	2
PREMATURES ET HYPOTROPHIQUES.....	2
HYPOTROPHIQUES.....	2
ECHECS..... - 3 morts in utéro - 1 mort néo-natale	4

Nous rapporterons les quatre observations d'enfants
morts.

*Madame C...,
23 ans.*

Premier enfant décédé de mal-
formation cardiaque.

Arrive en travail à six mois de grossesse. Les bruits de coeur
ne sont pas perçus à l'entrée. Elle accouche rapidement d'un enfant
mort in utéro de 870 g. Elle ne sera pas revue après cet accouchement.

*Madame P...,
25 ans.*

Premier accouchement prématuré
à sept mois d'un enfant mort in utéro.

Vue à six mois un quart, pour métrorragies. Une insertion basse
du placenta est suspectée. Elle accouche rapidement d'un enfant de
1 280 g qui décèdera de détresse respiratoire.

Elle sera explorée par la suite : biopsie d'endomètre, dosages
hormonaux, hystérosalpingographie s'avèrent normaux.

Madame M...,

Premier accouchement prématuré
à sept mois, enfant mort in utéro. Antécédents familiaux d'hypertension
artérielle et d'accidents vasculaires cérébraux.

A sept mois de grossesse, elle aurait présenté une toxémie
gravidique importante.

Elle accouche à huit mois d'un enfant mort in utéro pesant
1 100 g (mort et macéré).

Elle ne sera pas revue pour exploration.

*Madame C...,
27 ans.*

Là encore, premier enfant mort
in utéro sans cause précisée.

Vue à huit mois et demi en travail. Hauteur utérine : 26 cm,
bruits du coeur non perçus à l'entrée. Pas de signe de toxémie. Accou-
chement d'un enfant mort in utéro de 2 740 g. L'autopsie de l'enfant
n'apportera aucun renseignement sur l'étiologie. Un caryotype s'avère
normal.

AINSI DONC, SUR DIX ENFANTS, 40 % DE MORTS,
et deux seulement ont un état satisfaisant à la naissance.

2) - ANTECEDENTS D'AVORTEMENTS A REPETITION

=====

La quasi totalité (21 sur 25) a été suivie dès le début de la grossesse.

A - SUR 21 G. R. E. SUIVIES DES LE DEBUT DE LA GROSSESSE

- Dans 14 cas, il s'agit de deux avortements successifs.
- Dans deux cas, de trois avortements successifs.
- Dans un cas, de quatre avortements successifs.
- Dans quatre cas enfin, on note une grossesse menée à terme puis deux ou trois avortements successifs.

SUR CES 21 FEMMES, 14 ONT ETE EXPLOREES dans le service,

et 6 non explorées.

Dans un cas, le dossier est muet sur ce point. Les explorations ont consisté essentiellement en courbe de température, dosages hormonaux, épreuve de stimulation freinage et hystérosalpingographie, enfin, caryotype. Deux fois, les explorations ont été très limitées (réduites à un caryotype et une hystérosalpingographie).

Résultats :

- une béance cervicale n'a été constatée formellement à l'hystérosalpingographie que trois fois seulement.
- une perturbation nette de l'épreuve de stimulation freinage (insuffisance folliculinique (ou) (et) lutéale, absence de freinage) est retrouvée six fois.
- une hypoplasie utérine est retrouvée quatre fois (dont deux fois associée à une perturbation de l'épreuve de stimulation freinage).
- une fois, il s'agit d'une malformation utérine : utérus bicorne bicervical.

- enfin, une fois, l'ensemble des explorations s'est avéré normal.

Il faut ajouter que sept fois (donc dans 50 % des cas), les malades ont été soumises à un traitement hormonal avant la grossesse. Il s'agit de la prise d'un progestatif dans la deuxième partie du cycle pendant plusieurs mois. Il est difficile de préciser si la grossesse faisant l'objet de cette étude a été obtenue au cours de ce traitement.

LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE comporte dans tous les cas des bilans hormonaux répétés.

- 14 fois, un traitement hormonal associant oestrogènes et progestatifs fut institué dès le début de la grossesse (de plus, cinq fois, il fut associé un traitement par hormone gonadotrophique chorionique).
- 10 fois, un cerclage du col utérin fut pratiqué (donc à peu près dans 50 % des cas) alors que trois béances seulement ont été mises en évidence formellement à l'hystérosalpingographie.
Ce cerclage fut pratiqué le plus souvent à quatre mois et demi, une seule fois avant quatre mois et deux fois à cinq mois et demi et six mois.
- Enfin, cinq grossesses ont bénéficié d'une surveillance par amnioscopies à la fin de la grossesse ou par amniocentèses en vue d'essayer de préciser le terme, en raison d'un hypodéveloppement utérin, ou en raison d'une toxémie.

L'ACCOUCHEMENT fut obtenu :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	14
PAR APPLICATION DE FORCEPS	3
PAR OPERATION CESARIENNE	4

Les indications des opérations césariennes furent :

- 2 fois une anomalie de la contraction utérine en début de travail.
- 1 fois l'absence d'engagement à dilatation complète.
- 1 fois la souffrance foetale en l'absence de déclenchement du travail.

SUR LES 21 ENFANTS, le bilan est satisfaisant en regard du risque.

ETAT SATISFAISANT (à la naissance et à la sortie)	13
HYPOTROPHIQUES	2
PREMATURES	3
MORT NEO-NATALE	1
SEQUELLES (cécité, trisomie 21)	2

LES TROIS PREMATURES sont nés à huit mois un quart, sept mois et demi et sept mois trois quarts. Dans deux cas, un cerclage du col utérin avait été pratiqué à quatre mois. Le travail s'est déclenché à huit mois un quart dans un cas. Une rupture prématurée des membranes est survenue à sept mois trois quarts dans l'autre cas, (il faut signaler qu'il s'agissait là d'une femme ayant un antécédent de de quatre avortements à quatre mois, deux mois, trois mois et demi, quatre mois et demi, pratiquement non explorée : seul un caryotype, d'ailleurs normal, avait été fait dans les suites d'un curettage utérin. De plus, une toxémie avait nécessité son hospitalisation à sept mois).

Le dernier accouchement prématuré à sept mois et demi, est survenu chez une femme présentant un utérus bicorne bicervical, ayant présenté trois avortements après une grossesse menée à terme sans traitement particulier. Curieusement, cette femme ne bénéficiera d'aucun traitement. Il faut signaler que l'élevage de ces trois prématurés se fit sans incident.

Nous rapportons enfin les observations de mort néo-natale et séquelles.

LA MORT NEO-NATALE

Madame A...,
20 ans.

A 17 ans, 18 ans, 18 ans 1/2, trois avortements de deux mois, un mois et demi et deux mois et demi, trois curettages utérins.

Explorée : biopsie d'endomètre et épreuve de stimulation freinage normales, utérus hypoplasique à l'hystéroggraphie. Mise sous Lutes-tral pendant trois mois. Hormone gonadotrophique chorionique, oestrogènes, progestatifs en début de grossesse.

Métrorragies à deux mois. Hypodéveloppement foetal près du terme.

Apparition d'une souffrance foetale en cours de travail qui est cependant relativement rapide (cinq heures environ). Application de forceps à dilatation complète (15 minutes d'expulsion). Enfant hypotrophique de 2 385 g qui doit être réanimé et qui décèdera au bout de 48 heures : "Aspiration amniotique, souffrance néo-natale + septicémie probable à localisation méningée et pulmonaire".

DEUX SEQUELLES

Madame F...,
24 ans.

Deux avortements à deux mois et deux mois et demi. Deux curettages utérins.

Epreuve de stimulation freinage : insuffisance lutéale sévère, absence de freinage. De plus, hypoplasie utérine. Quatre mois de traitement par progestatifs.

Traitement hormonal en début de grossesse.

A deux mois et vingt cinq jours, consulte pour "éruption généralisée", on parle "d'urticaire". Aucun traitement particulier n'est fait. A huit mois, hypodéveloppement utérin. Les bilans hormonaux sont assez satisfaisants. Une amniocentèse à quinze jours du terme montre "des cellules oranges très rares".

Le terme étant dépassé, en raison des antécédents, une opération césarienne est pratiquée. L'enfant, une fille de 2 680 g présente une opacité cornéenne bilatérale. Le séro-diagnostic de la rubéole de la mère et de l'enfant est supérieur à 1/2560e. Les ophtalmologues revoient l'enfant : "il est difficile de se prononcer sur la cécité totale".

*Madame P...,
est une primipare de 42 ans.*

A 37 ans, 38 ans et 41 ans,
trois avortements.

Insuffisance lutéale et oestrogénique sévère à l'épreuve de stimulation freinage.

Traitement hormonal en début de grossesse.

Opération césarienne à huit mois et demi en raison d'une anomalie de la contraction utérine en début de travail. L'enfant, d'un poids de 3 160 g présente un faciès mongoloïde. Le caryotype révèle une trisomie 21.

Mis à part ces deux cas particulièrement navrants, ce sont cependant 18 enfants sur 21 qui sortiront du Service dans un état satisfaisant.

B - UNE G. R. E. N'EST VUE QU'AU SIXIEME MOIS

Antécédent de deux avortements. Elle sera hospitalisée à six mois pour toxémie. Elle accouchera à terme d'un enfant de 3 820 g après application de forceps. Etat satisfaisant de l'enfant.

C - TROIS G. R. E. NE SONT VUES QUE POUR L'ACCOUCHEMENT

Là encore, antécédent de deux avortements, mais dans deux cas survenant après une grossesse normale, bien qu'une fois il existe une malformation : utérus bicorne bicervical.

Une fois, les deux avortements semblent avoir été provoqués.

L'ACCOUCHEMENT fut obtenu :

dans les trois cas, NORMALEMENT PAR VOIE BASSE.

LE BILAN DES ENFANTS montre :

MORT IN UTERO	1
HYPOTROPHIQUE	1
SEQUELLE (cardiopathie)	1

Un mort né :

=====

Madame P...,

24 ans.

Antécédent de deux avortements qui semblent provoqués. Deux curettages utérins ;

Vient à six mois pour douleurs abdominales. Bruits du coeur non perçus à l'entrée. Accouchement d'un enfant mort-né de 1 250 g.

Il va sans dire que cette femme peu préoccupée de ses échecs obstétricaux n'a pas été revue et donc non explorée.

Une hypotrophique :

=====

(2 340 g près du terme. Le pronostic est bon à la sortie).

Une séquelle :

=====

Madame P...,

28 ans.

Epileptique traitée. Après un accouchement à terme d'un enfant hypotrophique, deux avortements à un mois et demi et deux mois et demi. Non explorée. Non suivie malgré des métrorragies au premier trimestre.

Accouchement prématuré à sept mois et demi d'un enfant de 1 530 g. Détresse respiratoire, cyanose. Une cardiopathie congénitale provoque son transfert à PARIS. Il est noté "Extrême FALLOT, inopérable, mauvais pronostic.

LE PRONOSTIC d'ensemble de ce groupe à risque particulièrement élevé, est donc assez satisfaisant puisque finalement, on ne note que deux morts sur 25 et trois séquelles dont deux au moins n'étaient pas évitables.

3) - ANTECEDENTS D'ACCOUCHEMENTS PREMATURES A REPETITION

=====

A - SUR ONZE G. R. E. SUIVIES DES LE DEBUT DE LA GROSSESSE

- 6 fois, il s'agit de deux accouchements prématurés successifs.
- 4 fois, de trois accouchements prématurés successifs.
- 1 fois, de quatre accouchements prématurés successifs.

De plus, dans six cas, il s'y associe soit un enfant mort, soit un ou des avortements.

Aucune de ces femmes n'a été explorée.

Dans deux cas cependant, on retrouve dans les antécédents une albuminurie permanente ou un ictère récidivant de la grossesse (avec accouchement prématuré à sept mois, sept mois et demi, sept mois et demi, enfants de 1 900, 2 700, 2 200 g. L'ictère récidivera à la quatrième grossesse. L'accouchement aura cependant lieu à terme d'un enfant hypotrophique de 2 400 g).

Pour la SURVEILLANCE de la grossesse, trois femmes bénéficieront d'amnioscopies ou d'amniocentèses. Dans deux cas, une menace d'accouchement prématuré fut traitée. Quatre cerclages du col utérin envisagés, trois furent effectués à quatre mois, cinq mois et six mois et demi. Le quatrième envisagé à deux mois de grossesse, n'eut pas lieu, la femme n'ayant pas répondu à la convocation. (L'accouchement eut lieu cependant à huit mois et demi d'un enfant pesant 2 870 g).

SUR LES ONZE ACCOUCHEMENTS :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	9
DECLenchement PAR BALLON DE BOISSARD (terme dépassé)	1
OPERATION CESARIENNE AVANT TOUT TRAVAIL	1

SUR LES ONZE ENFANTS :

ETAT SATISFAISANT (à la naissance et à la sortie)	7
HYPOTROPHIQUE (ictère récidivant de la grossesse)	1
PREMATURES à nouveau	3

Nous rapporterons ces trois dernières observations.

Madame C...,
18 ans.

Accouchements prématurés à huit mois et six mois et demi, ce dernier mort peu après la naissance.

Grossesse normale jusqu'à six mois ou un ictère nécessite l'hospitalisation pour bilan et surveillance.

A sept mois, évolution normale, sortie du Service. Revient à dilatation complète à sept mois et demi. Liquide amniotique teinté. Enfant de 2 180 g confié au Centre néo-natal où une hémorragie cérébro-méningée est décelée. Examen de sortie normal un mois après l'accouchement.

Madame N...,
22 ans.

Deux accouchements prématurés à sept mois, un enfant mort.

Hypodéveloppement utérin à cinq mois. Menace d'accouchement prématuré à sept mois un quart qu'une perfusion de Duvadilan ne peut vaincre. Accouchement normal d'un enfant de 2 350 g confié au Centre néo-natal.

Madame T...,
27 ans.

Premier accouchement à huit mois par application de forceps : fistule utéro-vaginale. Deuxième accouchement à sept mois et demi par opération césarienne. Enfant de 2 300 g.

A six mois et demi, menace d'accouchement prématuré, un cerclage du col utérin est effectué.

A sept mois trois quarts, rupture prématurée des membranes. Début de travail. Opération césarienne itérative. Enfant de 2 530 g confié au Centre néo-natal. Bon pronostic à la sortie.

B - SUR LES CINQ G. R. E. VUES EN COURS DE GROSSESSE.

- Quatre fois, il s'agit de deux accouchements prématurés.
- Une fois, il s'agit de quatre accouchements prématurés.

Aucune n'a été explorée en dehors des grossesse. Un antécédents de glomérule-néphrite aiguë est retrouvé dans un cas, celui de :

*Madame S...,
29 ans.*

Deux accouchements prématurés à huit mois et sept mois et demi ; enfants de 2 400 et 1 900 g.

A 14 ans, glomérule néphrite aiguë.

Vue seulement à sept mois de grossesse. Pas de signes de toxémie. Rupture prématurée des membranes à huit mois un quart. Enfant hypotrophique et prématuré de 2 200 g. Elevage satisfaisant. Revu à trois mois : "Evolution satisfaisante".

Sur les cinq grossesses, trois ruptures prématurées des membranes à sept mois, sept mois un quart et huit mois un quart interrompent le cours de la gestation. Aucun cerclage du col utérin n'a été pratiqué (mais elles furent vues au plus tôt à six mois et demi de grossesse).

Dans les cinq cas, L'ACCOUCHEMENT a eu lieu PAR VOIE BASSE.

SUR LES CINQ ENFANTS :

ETAT SATISFAISANT (à la naissance et à la sortie)	2
PREMATURES (bon pronostic)	2
PREMATURE + SEQUELLE (retard moteur)	1

En plus de l'observation précitée, rapportons les deux observations de nouvel accouchement prématuré.

Madame G...,
25 ans.

Accouchements à sept mois, six mois (enfant mort), six mois, et sept mois et demi. Ethylique.

Vue à sept mois pour menace d'accouchement prématuré, refuse l'hospitalisation. A sept mois un quart, accouchement d'un enfant de 2 050 g dont l'élevage sera, cependant, sans incident.

Madame R...,
27 ans.

Deux accouchements prématurés et un avortement.

Menace d'accouchement prématuré à six mois (date à laquelle elle est vue pour la première fois), rupture prématurée des membranes à sept mois un quart. Accouchement d'un enfant de 2 070 g. Revu à un an : "Retard moteur".

C - SUR LES TREIZE G. R. E. VUES SEULEMENT A L'ACCOUCHEMENT.

Il s'agit :

- Six fois, de deux accouchements prématurés.
- Six fois, de trois accouchements prématurés.
- Une fois, de cinq accouchements prématurés.

Une femme avait été explorée avant la grossesse en raison d'une béance cervicale. Un cerclage du col utérin était prévu mais elle n'est venue qu'à sept mois pour l'accouchement (enfant de 1 200 g).

Parmi les autres pathologies retrouvées :

- une femme épileptique.
- une syphilitique.
- une malformation utérine (utérus cloisonné).
- une hypertendue (avec antécédent d'hématome rétro-placentaire).

L'ACCOUCHEMENT fut obtenu :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	12
PAR OPERATION CESARIENNE (en début de travail pour souffrance foetale)	1

SUR LES TREIZE ENFANTS, le bilan est éloquent :

ETAT SATISFAISANT (à la naissance et à la sortie)	6
MORTS - 2 morts néo-natales - 1 mort in utéro	3
PREMATURES	3
SEQUELLE ^e	1

^e(Souffrance foetale et néo-natale, enfant microcéphale. Revu à trois mois et demi : "hypotrophie. Pronostic toujours réservé").

Nous nous contenterons de rapporter deux observations de femmes aux antécédents particulièrement chargés.

Madame B...,
38 ans.

5 accouchements prématurés :

- 26 ans: accouchement prématuré de sept mois et demi, enfant de 1 920 g. Décès à cinq jours.
- 27 ans : accouchement à huit mois, enfant de 2 450 g.
- 29 ans : accouchement à huit mois un tiers, enfant de 2 630 g.
- 31 ans : accouchement à sept mois, enfant de 2 400 g.
- 34 ans : accouchement à sept mois et demi, enfant de 2 400 g.

Malgré les conseils d'explorations, n'est jamais revue entre les grossesses !

Arrive dans le Service, enceinte de sept mois deux tiers pour rupture prématurée des membranes. Travail rapide. Enfant prématuré de 2 290 g dont l'élevage sera sans incident.

Madame B...,
26 ans.

- 20 ans : accouchement à sept mois, enfant de 2 460 g.
- 22 ans : hématome rétroplacentaire à huit mois. Hypertension artérielle à 16 de maxima, enfant de 2 650 g hydrocéphale opéré à trois mois.
- 24 ans : accouchement à huit mois, enfant de 2 500 g.

Malgré de tels antécédents et malgré une rupture des membranes aux environs de cinq mois, elle ne sera vue qu'à sept mois et demi avec infection endo-utérine et accouchera rapidement d'un enfant de 2 200 g en état de mort apparente et qui décèdera en quelques heures.

LE PRONOSTIC D'ENSEMBLE est nettement moins bon que pour les avortements à répétition (11 sur 29 seulement ont été vues en début de grossesse).

- 50 % seulement des enfants (15 sur 29) ont un état satisfaisant à la naissance.
- 33 % soit un sur trois est à nouveau prématuré.
- Enfin, on compte :
 - . trois morts.
 - . un hypotrophique.
 - . une séquelle.

4) - ANTECEDENTS DE MORTS ET D'AVORTEMENTS ET D'ACCOUCHEMENTS PREMATURES

=====

Ce groupe comporte un risque particulièrement élevé.

Sur les 20 femmes, neuf n'ont aucun enfant vivant et ceci malgré :

- une fois, sept grossesses !
- une fois, six grossesses.
- trois fois, quatre grossesses.
- quatre fois, trois grossesses.

A - SUR LES NEUF G. R. E. VUES EN DEBUT DE GROSSESSE.

Trois ont été explorées.

- dans un cas, seule, une rétroflexion utérine a été mise en évidence.
- dans un autre cas, une hypertension artérielle, d'origine rénale possible, est à retenir.
- dans le troisième cas, aucune anomalie n'est mise en évidence.

Six n'ont pas été explorées.

Mais deux fois, on note une hypertension artérielle au cours des grossesses précédentes.

LA SURVEILLANCE de ces grossesses et le traitement comporteront :

- au début, un traitement hormonal dans quatre cas.
- deux fois, le traitement d'une menace d'accouchement prématuré.
- dans un cas, deux hospitalisations pour toxémie.
- dosages d'oestriol répétés, amnioscopies et amniocentèse, électrocardiogramme foetal furent utilisés dans trois cas.

L'ACCOUCHEMENT fut obtenu :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	3
PAR OPERATION CESARIENNE (dont quatre itératives)	6

Les deux autres indications d'opération césarienne étant, l'une, anomalie de la contraction utérine, l'autre, souffrance foetale en début de travail.

SUR LES NEUF ENFANTS :

ETAT SATISFAISANT (à la naissance et à la sortie)	6
HYPOTROPHIE	1
PREMATURES + PRONOSTIC RESERVE (hémorragie méningée)	1
MORT IN UTERO	1

Cette dernière observation est celle de :

*Madame D...,
31 ans,*

ayant eu successivement, un avortement à quatre mois, un accouchement à huit mois d'un enfant mort né, un accouchement à huit mois d'un enfant de 2 390 g, un hématome rétro-placentaire à huit mois (une opération césarienne est pratiquée. Enfant de 2 130 g réanimé pendant dix minutes).

Grossesse suivie : bilans hormonaux nombreux. A cinq mois, hypodéveloppement foetal noté, traitement hormonal. A huit mois, toxémie hypertension artérielle : 15,5/10. Hospitalisation prévue mais lors de son entrée, bruits du coeur non perçus. Accouchement d'un enfant de 1 730 g mort in utéro. "Placenta rempli d'infarctus".

B - SUR LES QUATRES G. R. E. VUES EN COURS DE GROSSESSE.

- Aucune n'a été explorée.
- La surveillance et le traitement consistèrent en l'hospitalisation pour toxémie ou menace d'accouchement prématuré, en un cerclage du col utérin à six mois et en une décision d'interruption de la grossesse par opération césarienne en raison des antécédents (deux accouchements prématurés à sept mois et demi dont un avec enfant mort-né, plus un avortement).

L'ACCOUCHEMENT fut donc obtenu :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	3
PAR OPERATION CESARIENNE	1

SUR LES QUATRE ENFANTS :

ETAT SATISFAISANT (à la naissance et à la sortie)	3
PREMATURE	1

Cette dernière observation est intéressante à rapporter :
(cinq grossesses, pas d'enfants vivants).

*Madame L...,
26 ans.*

- 20 ans : grossesse extra-utérine droite : conservation tubaire.
- 20 ans et demi : avortement de deux mois et demi - curetage utérin.
- 21 ans : grossesse extra-utérine gauche : implantation tubo-utérine.
- 22 ans et demi : accouchement prématuré de six mois et demi ; enfant de 1 200 g décédé à la 24ème heure.
- 23 ans : avortement de un mois et demi - curetage utérin.

Vue dans le Service à six mois. Il est noté un hypodéveloppement utérin ; un cerclage du col utérin est envisagé, mais non pratiqué.

- hospitalisation à huit mois pour toxémie : T. A. : 16,5/9 - albuminurie. La femme restera seulement 48 heures dans le Service.

- accouchement prématuré à huit mois un quart : enfant de 2 370 g qui restera quinze jours au centre néo-natal. Bon pronostic à la sortie du Service. Non revu depuis.

C - SUR LES SEPT G. R. E. VUES SEULEMENT POUR L'ACCOUCHEMENT.

Il faut préciser qu'il s'agit dans la plupart des cas, de grandes multipares ayant eu quatorze, dix, sept, sept, six, six et cinq gestations.

Deux de ces sept femmes n'ont eu encore aucun enfant vivant malgré six et trois grossesses.

Aucune n'a été explorée.

L'ACCOUCHEMENT fut obtenu :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	5
PAR OPERATION CESARIENNE	2

Ces deux opérations césariennes furent faites :

- l'une pour présentation transversale.
- l'autre pour insertion basse du placenta. L'opération césarienne dut être suivie d'hystérectomie totale.

QUANT AUX SEPT ENFANTS, le bilan n'est pas aussi catastrophique qu'on aurait pu le supposer :

ETAT SATISFAISANT (à la naissance et à la sortie)	4
PREMATURES	2
MORT NEO-NATALE	1

Pour ces deux prématurés,

l'accouchement eut lieu à sept mois un quart et sept mois deux tiers d'enfants de 1 480 g et 2 650 g dont l'élevage sera satisfaisant. Une listériose est mise en évidence dans un cas.

La mort néo-natale

survint chez une sixième geste, quatrième pare, obèse, accouchant prématurément à six mois d'un enfant pesant 1 260 g, décédé à la 48ème heure (détresse respiratoire et membranes hyalines).

Il faut rapporter pour terminer l'observation de :

Madame S...,
24 ans qui, malgré six grossesses
n'a aucun enfant vivant.

En effet, dans ses antécédents, trois accouchements prématurés avec : une mort néo-natale, et deux enfants décédés de fracture du crâne et de gastro-entérite, de plus trois avortements.

Malgré ces antécédents, elle n'est vue qu'à huit mois et demi en travail, et accouche normalement en présentation du siège décomplété. L'enfant d'un poids de 2 940 g a un état satisfaisant.

AU TOTAL, SUR CES VINGT ENFANTS, on compte :

ENFANT NORMAUX A TERME	13
DECES	2
PREMATURES	4
HYPOTROPHIQUE	1

- Il faut signaler cependant qu'il fut pratiqué :
NEUF OPERATIONS CESARIENNES sur les vingt accouchements.

- Compte-tenu de la gravité des antécédents, le bilan d'ensemble est donc satisfaisant, puisque 17 enfants sur 20 ont un état satisfaisant à la sortie du service.

II

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

1) - LES TOXEMIES =====

Les observations retenues au nombre de vingt six comportent :

PRIMO-TOXEMIES	4
TOXEMIES GRAVIDIQUES RECIDIVANTES	22

Les quatre primo-toxémies ont été retenues car elles comportaient dans leurs antécédents (donc avant toute grossesse) :

SYNDROME NEPHROTIQUE	1
HYPERTENSION ARTERIELLE ISOLEE	2
HYPERTENSION ARTERIELLE ET OBESITE	1

Dans les antécédents de vingt-deux toxémies gravidiques récidivantes, il faut noter :

ANTECEDENTS RENAUX	2
HYPERTENSION ARTERIELLE EN DEHORS DES GROSSESSES	7
ANTECEDENTS FAMILIAUX D'HYPERTENSION	5
OBESITE MANIFESTE	5
PARADIABETE + OBESITE	1
PLUS DE CINQ GROSSESSES ANTERIEURES	13

A - SUR LES SEPT G. R. E. VUES DES LE DEBUT DE LA GROSSESSE.

- dans quatre cas, la toxémie est liée à la grossesse.
- dans trois cas, la toxémie est surajoutée.

Ces trois cas comprennent :

- un syndrome néphrotique aggravé à l'occasion de la grossesse.
- une hypertension artérielle permanente à 18 de maxima avec antécédent de mère hypertendue à 20.

Il s'agit de :

Madame S...,

Dixième pare de 43 ans que

l'on nous a adressée à trois mois de grossesse pour avortement thérapeutique ! L'accouchement eut lieu à terme d'un enfant de 3 450 g dans un état satisfaisant. Une ligature des trompes fut pratiquée au sixième jour des suites de couches.

- une obèse et pré-diabétique ayant dans ses antécédents : hypertension artérielle à 16/10, poids de 100 kilos et père et mère diabétiques traités par Insuline.

Après deux hospitalisations et malgré l'indocilité de la malade quant aux traitements, elle accouchera vers huit mois et demi d'un enfant de 3 680 g "enfant typique de diabétique" confié au centre néo-natal et dont le pronostic sera bon.

LA SURVEILLANCE de ces sept grossesses comportera quatre fois une hospitalisation pour traitement de la toxémie mais dans une seule observation, on trouve traces d'amnioscopies et d'une amniocentèse.

Peut-être faut-il voir là le refus de ces femmes ayant la charge de beaucoup d'enfants, de se soumettre à des examens répétés et à des hospitalisations prolongées.

Dans quatre cas sur sept, la tension artérielle au moment de l'accouchement est très élevée (23/14, 17/10 et 16,5/10 deux fois).

L'ACCOUCHEMENT fut obtenu :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	5
PAR OPERATION CESARIENNE ITERATIVE	2

SUR CES SEPT ENFANTS, on compte :

ETAT SATISFAISANT	4
PREMATURE	1
DECES (mort néo-natale)	2

Rapportons brièvement l'observation des deux décès :

Madame T...,
22 ans.

Syndrome néphrotique aggravé en début de grossesse. Confiée à un Service de Médecine pour bilan qui confirmera en dehors de l'albuminurie importante, une hypoprotidémie (45 g/litre), une hyperlipidémie (8,4 g/litre) avec une hypercholestérolémie (3,10 g/l).

Malgré la surveillance, elle accouchera à sept mois d'un enfant à la fois prématuré et hypotrophique de 1 070 g qui décèdera au cinquième jour.

Madame B...,
27 ans.

Toxémie récidivante, antécédent d'opération césarienne avec éclampsie du post partum, et, d'accouchement prématuré à sept mois. Nouvel accouchement prématuré à sept mois et demi par opération césarienne en raison d'une présentation transversale : enfant de 2 200 g qui décèdera à trois mois d'hydrocéphalie.

B - SUR LES CINQ G. R. E. VUES EN COURS DE GROSSESSE.

- dans trois cas, la toxémie est liée à la grossesse.
- dans deux cas, elle semble surajoutée.

Ces deux cas comprennent :

- un antécédent de pyélonéphrite chronique gauche sur lithiase rénale. Depuis six ans, une hypertension artérielle est apparue. De plus existent des crises comitiales.
- Dans les antécédents obstétricaux : deux accouchements prématurés.
- Malgré une hypertension à 17/12, le traitement d'une menace d'accouchement prématuré à sept mois et demi, et d'infections urinaires répétées, permet d'obtenir à huit mois la naissance d'un enfant de 3 055 g dans un état satisfaisant. A noter qu'au cours du travail, la tension artérielle est restée à 16/10 et que le liquide amniotique était teinté.
- Le deuxième cas est celui de :

Madame L...,
22 ans.

Primipare connue comme

hypertendue et obèse. Non explorée.

Vue à six mois seulement. Ne sera pas hospitalisée. Pas d'amnioscopie. Traitement médical : hypotenseur, diurétiques.

L'accouchement se déclenche à sept mois un quart. La tension artérielle est à 18,5/12, trois croix d'albumine. Malgré une hauteur utérine de 25 cm, il s'agit d'une grossesse gemellaire donnant issue à un premier enfant mort et macéré, le deuxième d'un poids de 1 300 g sera confié au Centre néo-natal. Le pronostic "paraît bon" à la sortie.

LA SURVEILLANCE semble avoir été difficile là encore. Deux femmes seulement seront hospitalisées.

L'ACCOUCHEMENT a été obtenu :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	3
GRANDE EXTRACTION DE SIEGE ET VERSION PUIS G.E.S. (Jumeaux)	1
OPERATION CESARIENNE AVANT TRAVAIL En raison de la non amélioration de la toxémie malgré le traitement médical.	1

SUR LES SIX ENFANTS :

ETAT SATISFAISANT	2
PREMATURES	2
HYPOTROPHIQUE	1
MORT IN UTERO (1er jumeau)	1

C - SUR LES QUATORZE G. R. E. VUES SEULEMENT POUR L'ACCOUCHEMENT.

- dans sept cas, la toxémie est liée à la grossesse.
- dans sept cas, la toxémie est surajoutée.

Les toxémies surajoutées le sont :

- une fois à une lésion rénale : néphrite aiguë.
- Six fois à une hypertension artérielle permanente dont une seule a subi un début d'explorations : bilan d'ailleurs normal.

Il n'est que de citer les antécédents de quatre de ces G. R. E. pour souligner l'importance du risque !

Madame R...,
23 ans.

86 kilos, hypertension artérielle permanente à 16 de maxima, père et mère hypertendus (le père pèse 104 kilos).

Madame D...,
39 ans, Onzième pare.

101 kilos, hypertension artérielle permanente à 17 - 18 de maxima, mère hypertendue.

Madame A...,
25 ans, Troisième pare.

Hypertension à 14 permanente, albuminurie, ceci séquelle de néphrite aiguë à l'âge de 7 ans.

Madame D...,
20 ans. Primipare.

Tension artérielle à 14,5/15 depuis trois ans, père obèse et diabétique, adressée par une maternité rurale pour crise d'éclampsie en début de travail. Le terme est dépassé de quinze jours.

Une opération césarienne permettra l'extraction d'un enfant de 3 200 g d'aspect post mature, souffrance néo-natale. Convulsions. Prognostic réservé à la sortie du Centre néo-natal. Revu à deux mois : "état neurologique satisfaisant".

LE TRAITEMENT comporte au cours du travail cinq fois la mise en place d'une perfusion de Phénergan Dolosal Largactil. Une fois, on y associa le Viadril après induction de l'anesthésie au Penthotal en raison d'un état de mal éclamptique. Enfin, il faut mentionner, dans le traitement, la décision d'opération césarienne ainsi que nous le verrons ci-après.

LES QUATORZE ACCOUCHEMENTS

NORMAL PAR VOIE BASSE	8
OPERATION CESARIENNE	3
RUPTURE UTERINE (suture)	2
OPERATION CESARIENNE + HYSTERECTOMIE TOTALE AVEC CONSERVATION ANNEXIELLE	1

Les indications des trois opérations césariennes sont intéressantes à noter.

1) Observation de Madame D..., précitée.

2) Madame DE...,
39 ans.

Tension artérielle : 20/12, albumine +++ ; 101 kilos, perfusion de Phénergan Dolosal Largactil. En l'absence de déclenchement du travail : opération césarienne, enfant de 4 820 g, Apgar : 10/10 à la naissance.

3) Madame B...,
42 ans, neuvième pare.

Enceinte de huit mois et demi, T. A. : 22/12, une amnioscopie est pratiquée. Elle est douteuse : amniocentèse qui montre un liquide méconial. Opération césarienne plus stérilisation tubaire. L'enfant pèse 2 950 g. Etat satisfaisant malgré une apnée secondaire.

Les deux ruptures utérines ont pour cause présumée :

- un excès de volume foetal (5 000 g) chez une huitième pare.
Opération césarienne pour dystocie d'engagement à 8 cm de dilatation. Rupture sous péritonéale, suture utérine et stérilisation tubaire. Enfant mort.
- volumineux siège (5 900 g) chez une sixième pare. L'enfant était mort in utéro à l'arrivée dans le Service, c'est pour cela que la décision de césarienne n'avait pas été prise plus tôt et l'accouchement par voie basse espéré. Là encore, suture utérine et stérilisation tubaire.

Enfin, l'hystérectomie totale fut faite pour infection amiotique chez une septième pare de 40 ans, arrivant dans le Service, fébrile avec rupture des membranes depuis cinq jours.

LE BILAN DES QUATORZE ENFANTS EST ASSEZ CATASTROPHIQUE :

ETAT SATISFAISANT	6
MORTS - 5 morts in utéro, - 1 mort néo-natale.	6
SEQUELLE NEUROLOGIQUE	1
HYPOTROPHIQUE	1

SOIT 42 % DE MORTS et 50 % DE MORTS PLUS SEQUELLE.

Ce sont les :

- 6ème enfant d'une hypertendue avec antécédents de termes dépassés et gros enfants. Enfant de 5 900 g mort in utéro. Rupture utérine.
- 8ème enfant d'une grande multipare obèse et hypertendue. Enfant de 5 000 g mort en cours de travail. Rupture utérine.
- 5ème enfant d'une hypertendue habituelle avec enfants à terme de 1 750 - 1 840 et 2 140 g, éthylique par surcroît, enfant de 1 800 g mort et macéré.
- 5ème enfant d'une femme ayant à chaque grossesse une toxémie récidivante. Hématome rétroplacentaire. Enfant de 1 610 g mort in utéro.
- 3ème enfant d'une femme ayant un antécédent de néphrite aiguë. Souffrance foetale. Enfant de 3 210 g, mort néo-natale.
- 1er enfant d'une hypertendue connue. Eclampsie - enfant mort-né de 2 560 g.
- 7ème enfant d'une obèse. Rupture prématurée des membranes. Infection amniotique. Hystérectomie totale. Enfant de 3 300 g, hémorragie méningée, séquelles neurologiques.

Rappelons que toutes ces femmes n'ont été vues que pour l'accouchement.

AU TOTAL, nous obtenons dans cette catégorie de G. R. E., 40 % de morts et séquelles (10 sur 27).

Rappelons aussi :

- que seulement 12 sur 26 furent suivies dans le Service,
- qu'il s'agit dans la majorité des cas, de grandes multipares, souvent obèses et hypertendues.
- que même pour celles suivies, le nombre d'explorations et la surveillance est trop limitée (peu d'hospitalisation, peu de surveillance par amnioscopie, dosages hormonaux etc...).

Ceci contraste avec la meilleure surveillance des avortements à répétition ou des enfants morts. Faut-il voir là une moins grande préoccupation de ces femmes pour la grossesse, et, donc moins de coopération avec le gynécologue-accoucheur ?

2) - ISO-IMMUNISATION FOETO-MATERNELLE

=====

Il s'agit le plus souvent d'une iso-immunisation anti-D, comme l'indique le tableau ci-dessous :

ISO-IMMUNISATION ANTI-D	19
ISO-IMMUNISATION ANTI-E	1
ISO-IMMUNISATION DANS LE SYSTEME A B O	2

A - 11 G. R. E. ONT ETE SUIVIES DES LE DEBUT DE LA GROSSESSE.

L'état des onze enfants de la précédente grossesse est résumé dans le tableau ci-dessous. La G. R. E. étudiée est toujours au moins une troisième grossesse :

ENFANT MORT IN UTERO PAR I. I. F. M.	2
MORT NEO-NATALE - TABLEAU D'ANASARQUE	1
SEQUELLE EN RAPPORT AVEC L'I. I. F. M. (surdité)	1
EXSANGUINO-TRANSFUSION	5
ANEMIE SIMPLE	2

Enfin, cinq fois sur onze, l'accouchement avait été déclenché avant terme.

LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE comporte parfois un traitement par Cortancyl et Citroflavono ides en début de grossesse :

Une surveillance du taux d'agglutinines anti-r sus dans tous les cas.

En fonction de ce taux, de l'examen clinique (excès de liquide ou non), des antécédents plus ou moins chargés, une décision d'amniocentèse est prise. Une décision d'interruption de la grossesse, immédiate, ou à plus long terme, ou de nouvelle amniocentèse est prise

en fonction des résultats.

Ainsi, sur les onze G. R. E. :

- deux furent soumises à un traitement par corticoïdes et citroflavonoïdes en début de grossesse.
- dix bénéficièrent de dosages d'agglutinines anti-rhésus répétés.
- dix subirent une amniocentèse (itérative dans six cas).

La date de la première amniocentèse fut de :

- . six mois dans trois cas.
 - . sept mois et demi dans un cas.
 - . au début du neuvième mois dans six cas.
- dans un cas (iso-immunisation anti-A), seuls des bilans hormonaux furent pratiqués.

Les décisions prises après la première amniocentèse sont résumée dans le tableau suivant :

INTERRUPTION IMMEDIATE DE LA GROSSESSE (courbe de haute gravité : Zone supérieure du diagramme de Liley)	2
DECLenchement SOUHAITABLE AU DEBUT DU NEUVIEME MOIS	4
INDICATION DE TRANSFUSION FOETALE IN UTERO	1
DECLenchement DU TRAVAIL OCCASIONNE PAR L'AMNIOCENTESE	1
ECHEC DE L'AMNIOCENTESE	2

Dans les deux cas où la ponction amniotique fut blanche :

- une fois, la femme ne fut pas revue et a accouché à terme d'un enfant seulement anémié.
- l'autre fois, une rupture prématurée des membranes à huit mois résolut le problème. Une opération césarienne fut fait pour pré-

sentation transversale.

MODE D'ACCOUCHEMENT : Les six déclenchements envisagés furent faits par :

RUPTURE SPONTANEE DES MEMBRANES	1
OPERATION CESARIENNE	3
BALLON DE BOISSARD	2

Les six déclenchements envisagés eurent lieu à :

SEPT MOIS ET DEMI DE GROSSESSE	1
HUIT MOIS DE GROSSESSE	2
HUIT MOIS ET DEMI DE GROSSESSE	3

Les cinq autres accouchements se déroulèrent :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	3
PAR OPERATION CESARIENNE	2

L'indication des deux opérations césariennes fut :

- la présentation transversale dont nous avons déjà parlé.
- la rupture prématurée des membranes après la troisième tentative de transfusion foetale in utéro.

L'ETAT DES ONZE ENFANTS A LA NAISSANCE :

ETAT SATISFAISANT	9
PREMATURE	1
PRE-ANASARQUE (Evolution favorable)	1

LE TRAITEMENT APPLIQUE A CES ENFANTS dont dix ont été confiés au Centre néo-natal fut :

EXSANGUINO-TRANSFUSION	7
LUMIERE BLEUE	2
TRANSFUSION SANGUINE	1
AUCUN (enfant rhésus négatif)	1

A LA SORTIE, le pronostic est bon pour les onze enfants.

B - SUR LES DIX G. R. E. VUES EN COURS DE GROSSESSE.

Il s'agit de :

ISO-IMMUNISATION ANTI-RHESUS	9
ISO-IMMUNISATION ANTI-E	1

L'état de l'enfant de la précédente grossesse est résumé dans le tableau ci-dessous :

MORT NEO-NALE AVEC ANASARQUE	1
EXSANGUINO-TRANSFUSION	5
ICTERE N'AYANT PAS NECESSITE D'EXSANGUINO	3
NON PRECISE	1

Neuf malades bénéficièrent d'un dosage d'agglutinines et d'une amniocentèse (itérative dans trois cas).

La première amniocentèse fut pratiquée à :

- . six mois dans un cas.
- . sept mois à sept mois et demi dans quatre cas.
- . huit mois dans trois cas.
- . près du terme dans un cas.

La conduite après l'amniocentèse :

DECLenchement DECIDE	2
INDICATION DE TRANSFUSION FOETALE IN UTERO	1
ATTENDRE LE TERME	3
DECLenchement PAR LA FONCTION	1
DOSSIER IMPRECIS SUR CE POINT (pas de résultat de l'amniocentèse)	2

MODE D'ACCOUCHEMENT :

Les deux déclenchements furent faits par :

BALLON DE BOISSARD (puis sonde de Kraüse, puis rupture artificielle des membranes)	1
OPERATION CESARIENNE A SEPT MOIS ENVIRON (zone supérieure sur diagramme de LILEY)	1

Les huit autres accouchements furent obtenus :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	7
PAR OPERATION CESARIENNE POUR SOUFFRANCE FOETALE	1

ETAT DES ENFANTS A LA NAISSANCE :

MORT NEO-NATALE - 1 anasarque, - 1 souffrance foetale sans rapport avec l'iso-immunisation	2
ETAT D'ANASARQUE	1
HYPOTROPHIQUE	1
ETAT SATISFAISANT	6

LES TRAITEMENTS APPLIQUES furent les suivants (les huit enfants ont été confiés au Centre néo-natal).

EXSANGUINO-TRANSFUSION	5
LUMIERE BLEUE	1
AUCUN	2

Le pronostic à la sortie des huit enfants vivants est bon.

Une des deux morts néo-natales est imputable à l'iso-immunisation. L'amniocentèse à sept mois (date où la femme était venue consulter, malgré un enfant exsanguiné à la précédente grossesse) avait montré : "zone supérieure du diagramme de LILEY. Interruption immédiate". L'opération césarienne fut pratiquée. L'enfant en état d'anasarque avait 630 000 globules rouges par mm³ à la naissance. Il décèdera dans la première heure.

C - UNE G. R. E. N'A ETE VUE QUE POUR L'ACCOUCHEMENT :

Il s'agit d'une iso-immunisation anti-B. Bien que l'enfant précédent fut exsanguiné, l'accouchement se fit à terme d'un enfant de 3 560 g présentant seulement un léger ictère.

LE BILAN GENERAL DE CES 22 G. R. E. EST ASSEZ SATISFAISANT :

- 20 enfants ont un bon pronostic à la sortie.
- 2 seulement sont morts.

Ce résultat souligne l'importance de la collaboration étroite entre l'accoucheur, le pédiatre et le laboratoire, collaboration souvent réalisée ici, car une seule femme ne fut vue que pour l'accouchement :

- . l'accoucheur surveille la grossesse et décide l'amniocentèse au premier signe clinique ou biologique d'iso-immunisation marquée.

DEUXIEME OBSERVATION : Madame G...,
===== 31 ans.

Groupe sanguin O, rhésus NEGATIF,
cinquième geste, troisième pare.

Antécédents : - opération césarienne pour présentation trans-
versale.
- accouchement par application de forceps :
enfant décédé à la 24ème heure.
- accouchement à sept mois : enfant exsanguiné.
- accouchement déclenché à sept mois. Enfant
mort et macéré, anasarque.

Vue à six mois, adressée pour transfusion foetale in utéro.

A six mois et trois jours : amniocentèse : indice optique :
0,318. Catégorie V, "atteinte très grave probablement au dessus de toute
thérapeutique compte-tenu du terme".

Malgré cela, à six mois et dix jours, on pratique une première
transfusion foetale in utéro : 70 cc de sang O rhésus négatif.

A six mois et dix sept jours : deuxième transfusion foetale
in utéro : 80 cc de sang O rhésus négatif (amniocentèse le lendemain :
indice optique : 0,325).

A six mois et vingt-sept jours : troisième transfusion foetale
in utéro : 80 cc de sang O rhésus négatif (amniocentèse le lendemain :
amélioration : indice optique : 0,188).

A sept mois : accouchement spontané par voie basse d'un garçon
de 1 700 g "pas d'oedème, gros ventre". Saignée de 55 ml, Ponction d'as-
cite hémorragique : 85 cc. Exsanguino-transfusion : 200 cc. L'enfant
subira en tout quatre exsanguino-transfusion, plus deux transfusions
sanguines pour anémie secondaire, au cours de cinquante jours de séjour
au centre néo-natal.

Il sera revu à sept mois et demi pesant 6 940 g "excellente
évolution somatique, neurologique, psychomotrice".

Pour intéressantes que soient ces observations, la pra-
tique systématique d'injection de gamma-globulines dans les heures sui-
vant l'accouchement, et même, l'avortement, des femmes rhésus négatif,
tendra sûrement à réduire ce groupe de grossesses à risque particulière-
ment élevé.

3) - ANTECEDENTS D'ACCOUCHEMENTS DYSTOCIQUES

Nous avons inclus dans ce groupe, des femmes dont la grossesse, et surtout l'accouchement, mérite une surveillance particulière en raison de pathologies répétées des accouchements précédents (pathologie pour la mère ou pour l'enfant).

A - CINQ G. R. E. ONT ETE VUES DES LE DEBUT DE LA GROSSESSE.

Trois fois les antécédents sont maternels :

- antécédent de cinq opérations césariennes.
- premier antécédent d'embolie avec hémiplegie droite dans les suites de couches, deuxième antécédent d'opération césarienne avec enfant retardé moteur.
- antécédent d'application de forceps, puis de présentation transversale, puis d'insertion basse du placenta.

Deux fois, les antécédents sont foetaux :

- deux anoxies néo-natales (enfants encéphalopathes).
- deux enfants réanimés : comitialité pour les deux.

LA SURVEILLANCE de la grossesse comporte dans quatre cas sur cinq :

- des amnioscopies répétées.
- l'hospitalisation au neuvième mois pour surveillance et décision d'interruption de la grossesse.

L'ACCOUCHEMENT fut obtenu :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	1
PAR OPERATION CESARIENNE AVANT TRAVAIL	4

SUR LES CINQ ENFANTS :

ETAT SATISFAISANT (à la naissance et à la sortie)	3
PREMATURE	1
HYPOTROPHIQUE	1

- L'enfant prématuré est celui de la femme présentant un antécédent de cinq opérations césariennes. Une opération césarienne itérative avec stérilisation tubaire fut faite à terme supposé. L'enfant d'un poids de 2 350 g avait un aspect prématuré. L'élevage fut sans incident.
- L'hypotrophique fut celui de la seule femme n'ayant bénéficié que d'une surveillance réduite, et qui accoucha à huit mois, par voie basse, présentant une toxémie et une souffrance foetale, d'un enfant de 1 700 g. Là encore, le pronostic est bon à la sortie.

B - TROIS G. R. E. NE FURENT VUES QU'AU HUITIEME MOIS

Pourtant :

- deux ont des antécédents de présentations transversales répétées avec une fois opération césarienne.
- une a comme antécédents : une application de forceps ;
une grossesse extra-utérine rompue
une présentation de la face (césarienne) ;
Une insertion basse du placenta et hématome rétro-placentaire (enfant mort).

Cette dernière fut hospitalisée à huit mois. Une amnioscopie fut faite tout les deux jours ainsi que plusieurs électrocardiogrammes foetaux. L'accouchement eut lieu près du terme par voie basse : enfant de 3 020 g.

LES TROIS ACCOUCHEMENTS furent obtenus :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	1
PAR APPLICATION DE FORCEPS	1
PAR OPERATION CESARIENNE ITERATIVE AVANT LE TRAVAIL	1

LES TROIS ENFANTS ont un état satisfaisant.

C - NEUF G. R. E. NE FURENT VUES QUE POUR L'ACCOUCHEMENT.

Nous nous contenterons de citer les antécédents de trois de ces femmes :

*Madame A...,
34 ans.*

Antécédent de cinq opérations
césariennes (viciation pelvienne).

Admise dans le Service pour rupture prématurée des membranes,
enceinte de sept mois et demi (théoriquement) et avec présentation
transversale !

Opération césarienne itérative et stérilisation tubaire :
enfant de 3 040 g, état satisfaisant.

*Madame B...,
38 ans.*

Avait des antécédents chargés :
A 23 ans : présentation transversale, version par manoeuvres internes,
procidence du cordon, grande extraction de siège, enfant mort-né de
2 690 g.

A 24 ans, présentation transversale à six mois et demi :
version par manoeuvre interne, grande extraction de siège, fille de
1 370 g décédée le sixième jour.

A 31 ans : présentation transversale à six mois et demi :
opération césarienne vaginale, fille de 1 660 g bien portante.

A 34 ans : présentation transversale à sept mois et demi :
version par manoeuvre interne, grande extraction de siège, déchirure
complète du périnée, enfant de 2 200 g bien portant.

Suivie par son médecin.

Arrive dans le Service enceinte de six mois trois quarts à dilatation complète et présentation transversale !

A nouveau, version par manoeuvres internes, grande extraction de siège, déchirure compliquée du périnée. L'enfant restera 45 jours au centre néo-natal. L'examen à la sortie est satisfaisant.

Madame M...,
42 ans.

Huitième pare. Aux deux accouchements précédents : souffrance foetale, enfants réanimés.

Arrive en travail. Le terme est dépassé de douze jours ! Travail rapide. Liquide amniotique "purée de pois" à dilatation complète.

L'enfant d'un poids de 3 500 g aura un premier cri 20 minutes après la naissance. Le pronostic est bien sûr réservé.

SUR LES NEUF ACCOUCHEMENTS :

NORMAL PAR VOIE BASSE (dont quatre avec souffrance foetale !)	5
VERSION PAR MANOEUVRE INTERNE + GRANDE EXTRACTION DE SIEGE	1
OPERATION CESARIENNE	2
RUPTURE UTERINE - SUTURE (gemellaire, antécédent d'opération césarienne)	1

SUR LES NEUF ENFANTS :

ETAT SATISFAISANT (à la naissance et à la sortie)	6
PREMATURE	1
SEQUELLES (hémorragie méningée) (20 minutes de réanimation)	2

Parmi les enfants dont l'état est satisfaisant, un présentait une anémie marquée et un pneumothorax de la grande cavité d'évolution spontanément favorable.

4) - ANTECEDENTS D'HEMORRAGIES GRAVES ET REPETEES

=====

Nous avons retenu les antécédents d'hémorragies graves et répétées lors des grossesses ou des accouchements précédents.

A - QUATRE G. R. E. ONT ETE VUES EN COURS DE GROSSESSE.

Dans les quatre cas, il s'agit d'hémorragies de la délivrance répétées ayant nécessité plusieurs transfusions sanguines.

Dans deux cas, il s'y associe, en plus, un antécédent d'insertion basse du placenta ayant nécessité une opération césarienne.

Dans tous les cas, une nouvelle hémorragie en cours de grossesse à six mois, sept mois et demi (deux fois) et huit mois et demi a motivé la première consultation.

Dans tous les cas, l'hospitalisation prolongée jusqu'à l'accouchement a été nécessaire ainsi que l'utilisation des antispasmodiques.

Des examens répétés au doptone ont confirmé dans trois cas, l'insertion basse du placenta.

Curieusement, dans un cas, une amnioscopie fut pratiquée ainsi qu'une tentative d'amniocentèse en raison d'une toxémie (obèse de 96 kilos) et malgré des hémorragies préalables. Cette amnioscopie aurait montré un liquide jaunâtre.

L'ACCOUCHEMENT fut obtenu :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE (après rupture artificielle des membranes)	1
OPERATION CESARIENNE (placenta recouvrant)	2
OPERATION CESARIENNE + HYSTERECTOMIE SUBTOTALE (placenta accreta)	1

Dans ce dernier cas, l'indication d'opération césarienne fut portée sur une présentation transversale associée à une impression de placenta recouvrant.

Malgré une hystérectomie subtotale pour placenta accreta,

on doit déplorer le décès maternel en fin d'intervention. L'enfant d'un poids de 3 900 g avait un état satisfaisant.

SUR LES QUATRE ENFANTS :

ETAT SATISFAISANT	2
MORT NEO-NATALE (prématurité)	1
PREMATURE	1

Rapportons l'observation de la mort néo-natale :

*Madame B...,
35 ans.*

Antécédent d'hémorragies graves de la délivrance.

Vue à six mois de grossesse pour hémorragies et suspicion de rupture des membranes. Hospitalisation pendant trois semaines, anti-spasmodiques, trois transfusions sanguines. Au doptone, insertion latérale du placenta. Accouchement prématuré à six mois un quart en présentation du siège décomplété d'un enfant de 1 290 g, Détresse respiratoire. Décès.

B - UNE G. R. E. NE FUT VUE QUE POUR L'ACCOUCHEMENT.

Malgré, là encore, des antécédents d'hémorragies graves de la délivrance.

L'accouchement eut lieu cependant à huit mois et demi par voie basse. Il s'agissait d'une insertion basse du placenta (latérale). Etat satisfaisant de l'enfant.

AU TOTAL, soulignons l'importance de l'hospitalisation prolongée, permettant la décision opératoire immédiate. Il n'en reste pas moins que malgré cela, demeurent :

- . le risque foetal lorsqu'on est amené à intervenir sur une grossesse loin du terme, ce qui est souvent le cas. (prématuré de six mois un quart pré-cité).
- . le risque maternel : intervention souvent hémorragique sur femme

PATHOLOGIE MEDICALE
ASSOCIEE A LA GROSSESSE

1) - LES DIABETIQUES

Si les diabétiques enceintes ne sont pas très fréquentes, il est malheureusement fréquent de les voir à un stade trop tardif de la grossesse.

Sur les huit femmes de cette étude :

A - QUATRE SEULEMENT SONT VUES AU DEBUT, OU A HUIT MOIS DANS UN CAS.

- Précisons qu'une seule fois, le diabète fut découvert dans l'enfance (sept ans) et traité par Insuline depuis cette date.
- Deux autres fois, la découverte remonte soit à la grossesse précédente, soit à l'âge de 18 ans, chez une femme de 24 ans. Là encore, traitement par Insuline depuis cette date.
- Dans le dernier cas, il s'agit d'un diabète peu sévère, connu depuis un an, chez une obèse de 103 kilos, et traité par le seul régime.

Enfin, dans deux cas sur quatre, un antécédent familial de diabète est retrouvé.

LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE comportera essentiellement :

- dans deux cas, l'hospitalisation à cinq mois un quart et six mois et demi pour toxémie.
- dans les quatre cas, l'hospitalisation à sept mois et demi, huit mois pour surveillance, équilibration du diabète, et décision d'interruption de la grossesse.

L'ACCOUCHEMENT eut lieu par OPERATION CESARIENNE dans les quatre cas (dont une itérative).

Résumons ces quatre observations :

*Madame O...,
29 ans. Quatrième pare.*

Diabète découvert depuis un an, équilibré par le seul régime, de plus obésité. Toxémie.

Amnioscopies en fin de grossesse.

En l'absence de signes de gravité, on attend le terme. Devant le dépassement du terme, décision d'opération césarienne. Enfant de 3 980 g un peu oedémateux, mais état satisfaisant.

*Madame P...,
24 ans, deuxième pare.*

Diabète découvert à 18 ans, traité par Insuline.

Antécédent d'opération césarienne à huit mois pour la première grossesse.

Diabète difficile à équilibrer.

Décision d'opération césarienne à huit mois. Enfant de 3 800 g admis au centre néo-natal : macrosomie, détresse respiratoire, hypoglycémie traitée par Glucagon.

*Madame G...,
38 ans, huitième pare.*

Diabète découvert à la grossesse précédente et traitée par Insuline.

Toxémie sévère surajoutée à cette grossesse.

Décision d'opération césarienne + stérilisation tubaire à huit mois.

Enfant de 3 900 g admis au Centre néo-natal, enfant type de diabétique.

*Madame A...,
30 ans, deuxième pare.*

Diabète insulino-dépendant remontant à l'enfance.

De plus, antécédent de tuberculose pulmonaire sévère (pneumo-

TROISIEME OBSERVATION : *Madame B...,*
===== *25 ans, troisième pare.*

Enceinte de sept mois
et demi.

Antécédents : première gestation : enfant mort in utéro à huit
mois.

deuxième gestation : opération césarienne à huit
mois pour diabète.

Vue à sept mois et demi pour contractions utérines. Malgré une
perfusion de Duvadilan, rupture des membranes, liquide méconial.

QUATRIEME OBSERVATION : *Madame M...,*
===== *25 ans. Deuxième pare*
à terme.

Père et frère diabéti-
ques.

A l'entrée, prise de poids de 15 kilos, tension artérielle :
15/9, albumine : ++. Sucre : ++, roupe sanguin A1 rhésus négatif (aucun
dosage d'agglutinines).

L'ACCOUCHEMENT eut lieu :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE (observation n° 4)	1
PAR APPLICATION DE FORCEPS (observation n° 2)	1
PAR OPERATION CESARIENNE (observations n° 1 et 3)	2

L'ETAT DES QUATRE ENFANTS montre :

ETAT SATISFAISANT (observation n° 4)	1
PREMATURE (détresse respiratoire - hypoglycémie) (observation n° 1)	1
PREMATURE + SEQUELLE A LA SORTIE (retard psycho- moteur) - (observations n° 2 et 3)	2 —

Ce malheureux dernier tableau souligne l'importance du travail d'équipe dans la surveillance et le traitement de ces grossesses à haut risque.

- rôle du diabétologue à qui revient la charge d'équilibrer le diabète et qui doit suivre la femme tout au long de la grossesse. Il adapte le traitement insulinique au moment et dans les suites de l'interruption de la grossesse.
- rôle de l'accoucheur dépistant les indices de gravité et prenant une décision d'interruption de la grossesse plus ou moins précoce. Soulignons l'intérêt de l'hospitalisation systématique en fin de grossesse (repos, surveillance, traitement d'une toxémie souvent surajoutée). Les dosages répétés d'oestriol renseignant mieux ici sur l'état foetal que l'amnioscopie.
- rôle du pédiatre. La quasi-totalité des enfants fragiles de diabétiques lui étant confiée, et qui a à combattre le plus souvent : détresse respiratoire, hypoglycémie, hypocalcémie.

2) - LES CARDIAQUES =====

ETIOLOGIE

Sur les quatorze femmes présentant un antécédent de cardiopathie, il s'agit :

- 8 fois de cardiopathies congénitales :
 - . 5 communications interauriculaires.
 - . 1 rétrécissement aortique congénital.
 - . 1 coarctation aortique.
 - . 1 persistance du canal artériel.
- 4 fois de cardiopathies d'origine rhumatismale :
 - . 3 rétrécissements mitraux.
 - . une association insuffisance mitrale - insuffisance aortique.
- 2 cardiopathies diverses :
 - . un pouls lent permanent.
 - . une cardiopathie non étiquetée.

Il faut préciser que :

- 7 sur 14 de ces cardiopathies ont été opérées :
 - . 3 commissurotomies.
 - . 1 coarctation aortique.
 - . 1 ligature du canal artériel.
 - . 2 fermetures de communication interauriculaire sous circulation extra-corporelle.

La majorité de ces interventions a eu lieu aux environs de 20 ans.

Enfin, dans dix cas sur quatorze, il s'agit du premier ou du deuxième accouchement.

A - SUR LES CINQ G. R. E. VUES DES LE DEBUT DE LA GROSSESSE.

- Trois fois sur cinq, la cardiopathie était bien supportée même avant la grossesse et en dehors du repos et du régime sans sel, aucun traitement particulier ne fut institué.
- Dans deux cas, on notait une dyspnée d'effort (après coarctation aortique opérée, et chez une femme présentant insuffisance mitrale plus insuffisance aortique résiduelle après commissurotomie). Dans ces deux cas, tonicardiaques, sédatifs, diurétiques furent donnés aux malades et dans le dernier cas, en plus, Extencilline tous les quinze jours.

LA SURVEILLANCE OBSTETRICALAE de la grossesse comporta :

- 2 hospitalisations (l'une à huit mois et demi pour surveillance, l'autre à sept mois pour ictère).
- 1 surveillance par amnioscopie puis amniocentèse en raison d'un hypodéveloppement foetal.

L'ACCOUCHEMENT eut lieu :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	4
PAR OPERATION CESARIENNE ITERATIVE	1

L'opération césarienne itérative eut lieu sous surveillance électrocardiographique. La femme présentait un pouls lent permanent avec syncopes "à l'emporte-pièce" survenant une ou deux fois par an. Cependant, aucun enregistrement n'avait été fait au cours de ces accidents. L'intervention se déroula sans incident.

SUR LES CINQ ENFANTS :

ETAT SATISFAISANT (à la naissance et à la sortie)	3
PREMATURE	1
HYPOTROPHIQUE + SEQUELLE	1

Cette dernière observation est celle de :

Madame B...,
26 ans.

Antécédent d'intervention
à 20 ans pour coarctation aortique. Un accouchement à terme d'une fille
de 2 960 g à 25 ans.

Au cours de cette grossesse : dyspnée d'effort. Traitement :
Natisédine, Calcédine, associées au repos et au régime sans sel. Un
bilan hormonal normal en cours de grossesse. Accouchement à huit mois
et demi d'un enfant de 1 750 g confié au Centre néo-natal. Revu à l'âge
de 20 mois "retard psychomoteur important, quelques raideurs labiles".

B - SUR LES SIX G. R. E. VUES EN COURS DE GROSSESSE.

Il faut signaler que, bien que vues tardivement dans le
Service, elles bénéficièrent cependant d'une surveillance cardiologique.

Dans quatre cas, il existe une dyspnée d'effort. Une
seule fois, un traitement par diurétiques et tonicardiaques fut institué

LE DEROULEMENT DE LA GROSSESSE fut marqué par :

- deux toxémies.
- une menace d'accouchement prématuré.
- une rupture prématurée des membranes.
- un hypodéveloppement foetal (Un terme dépassé nécessitera des
amnioscopies répétées toutes les 48 heures).
- Dans ce groupe, une cardiopathie ne fut pas étiquetée (primipare
de 35 ans, dyspnée d'effort, signes d'ischémie à l'électrocar-
diogramme. Pas de traitement particulier).

L'ACCOUCHEMENT eut lieu :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	4
PAR APPLICATION DE VENTOUSE	1
PAR OPERATION CESARIENNE (pour dystocie d'engagement)	1

SUR LES SIX ENFANTS :

ETAT SATISFAISANT (à la naissance et à la sortie)	5
HYPOTROPHIE LEGERE	1

C - TROIS G. R. E. FURENT VUES POUR L'ACCOUCHEMENT.

et ne bénéficièrent d'aucun traitement particulier. Il s'agit de trois communications interauriculaires dont deux opérées.

L'ACCOUCHEMENT eut lieu les trois fois, NORMALEMENT PAR VOIE BASSE.

L'ETAT DES TROIS ENFANTS fut :

SATISFAISANT	1
SEQUELLE (après septicémie et ictère)	1
MALFORME (bec de lièvre - hypospadias)	1

Il faut rapporter l'observation de :

*Madame E...,
Quatrième pare de 37 ans.*

Arrivant dans le Service

en travail malgré des antécédents de :

- communication interauriculaire opérée sous circulation extra-corporelle à l'âge de 32 ans.
- avortement de quatre mois.
- accouchement à terme, avec application de forceps et déchirure compliquée du périnée, d'un enfant qui décèdera d'encéphalite.
- nouvel accouchement à terme d'un enfant de 4 650 g avec là encore déchirure compliquée du périnée.

Cette fois-ci : accouchement normal à huit mois et demi, une épisiotomie préventive a été pratiquée, enfant de 3 120 g malformé (cf. tableau ci-dessus).

LE BILAN D'ENSEMBLE est relativement satisfaisant : onze fois sur quatorze, l'accouchement fut normal par voie basse. Ceci tient peut-être au fait que dans cette statistique, nous avons :

- surtout des cardiopathies congénitales.
- 3 rétrécissements mitraux seulement (tous opérés).
- 7 sur 14 ont bénéficié de la chirurgie.
- enfin, dans la majorité des cas, il s'agit de premières grossesses.

Ainsi : chirurgie, surveillance cardiologique, repos et régime tout au long de grossesses peu nombreuses et survenant chez des femmes jeunes, sont les garanties de puerpéralité à risque minimum chez ces cardiaques.

3) - ANTECEDENTS DIVERS

=====

- UN ANTECEDENT D'HEPATO-NEPHRITE AVEC ANURIE.

Il s'agit d'une hépato-néphrite aiguë avec anurie du post-abortum. La malade aurait absorbé des infusions répétées de persil. Elle fit l'objet d'une épuration extra-rénale. Pas de séquelles semble-t-il.

On note de plus, dans ses antécédents, une grossesse extra-utérine et une opération césarienne pour souffrance foetale au seul accouchement.

Non suivie ! Arrive en début de travail avec rupture prématurée des membranes.

Une opération césarienne itérative permet l'extraction d'un enfant de 3 050 g, état satisfaisant.

Suites de couches normales.

- DEUX ANTECEDENTS DE FIBROME.

*Madame L...,
deuxième pare de 41 ans.*

Premier accouchement en présentation du siège (enfant présentant une maladie de Little).

Fibrome utérin connu.

Vue à six mois et demi pour douleurs abdominales. Il est noté "utérus fibromateux. Fibrome en voie de nécrobiose ?" Hospitalisation. Amélioration. A huit mois et demi, accouchement en présentation du siège, petite extraction. Enfant de 3 060 g réanimé.

A la révision utérine : "gros fibrome postérieur et droit".

*Madame C...,
Primipare de 27 ans.*

Utérus fibromateux (dos-sier imprécis sur les explorations pratiquées avant la grossesse).

Non suivie. Accouchement gemellaire (deux enfants en présentation du siège). Enfants prématurés de 1 930 g et 2 100 g. Elevage simple.

- DEUX ANTECEDENTS DE MALADIE DE RECKLINGHAUSEN.

Là encore, les dossiers ne donnent pas de description clinique de ces malades.

Dans la première observation : antécédent d'avortement, et d'un enfant mort à la naissance au premier accouchement. Non explorée.

Suivie dès le début de la grossesse. Grossesse normale jusqu'à huit mois, où une hospitalisation est décidée devant une baisse des dosages hormonaux et une hauteur utérine stagnante. Amnioscopies, amniocentèse "rares cellules oranges" à huit mois et demi.

Décision d'opération césarienne. Enfant de 2 655 g qui sortira au sixième jour dans un état satisfaisant.

Dans la deuxième observation : il s'agit d'une primipare de 21 ans vue, à sept mois seulement, pour menace d'accouchement prématuré. Hospitalisation. L'accouchement aura lieu à huit mois en présentation du siège décomplété d'un enfant prématuré et hypotrophique de 1 990 g. Etat satisfaisant à la sortie.

- UN ANTECEDENT DE MALADIE DE HODGKIN.

*Madame M...,
Primipare de 29 ans.*

Présente depuis six ans une maladie de HODGKIN traitée entre autre par perfusions de "VELBE". Depuis deux ans, le traitement est interrompu et la grossesse survient en période de rémission.

Vue seulement à huit mois de grossesse. L'examen obstétrical est normal. Elle accouchera à huit mois et demi d'une fille de 4 130 examen normal.

L'évolution de la mère a été vue au chapitre "Pronostic Maternel".

.....
: GROSSESSES NECESSITANT :
: UNE "HAUTE SURVEILLANCE" :
:.....

1) - ANTECEDENTS DE STERILITE
=====

Il s'agit

- 14 fois, de stérilité primaire.
- 2 fois, de stérilité secondaire.

Quatorze des seize femmes faisant l'objet de cette étude ont été explorées. Les deux non explorées (et dont l'origine de la stérilité ne peut donc être déterminée) ont été vues, l'une à huit mois, l'autre pour l'accouchement seulement.

Dans deux cas, une contraception avait été pratiquée les premières années du mariage.

LES EXPLORATIONS ont été complètes dans la majorité des cas comprenant courbe de température, biopsie d'endomètre, insufflation tubaire et (ou) hystérosalpingographie. Dans trois cas : coelioscopie. Dans deux cas seulement, épreuve de stimulation freinage.

Pour l'exploration du conjoint, un spermogramme ne semble avoir été demandé que dans quatre cas.

Mais parfois la femme a été explorée hors du Service, et nous n'avons pas toujours le détail des explorations subies.

L'origine de la stérilité n'est pas toujours facile à mettre en évidence à la lecture des observations. Cependant, sur les quatorze femmes explorées :

- Trois fois, une origine tubaire semble en cause :
 - . deux fois, une grossesse est survenue après hystérosalpingographie.

- . une fois, l'hystérosalpingographie a montré la non perméabilité des trompes. Une implantation tubo-utérine fut faite. L'hystérosalpingographie de contrôle montre une trompe perméable. Grossesse l'année suivante.
- Deux grossesses furent obtenues après traitement par un inducteur de l'ovulation.
 - . une fois par Clomid,
 - . une fois par H. M. G. (Néopergonal). L'hystérosalpingographie avait montré un utérus bicorne. La coelioscopie : des ovaires blancs, lisses, mais non porcelainés.
- Une grossesse fut obtenue après résection cunéiforme des ovaires puis traitement par hormone gonadotrophique chorionique associée à un progestatif (la coelioscopie avait montré des ovaires lisses et porcelainés).
- Dans quatre cas, le même traitement : H. C. G. plus un progestatif précéda la grossesse :
 - . une fois, il avait été mis en évidence une spanioménorrhée.
 - . une fois, une hypoplasie utérine et une insuffisance lutéale.
 - . une fois : explorations normales, mais irrégularités menstruelles depuis oreillons à l'âge de 18 ans.
 - . une fois, ce traitement avait été institué malgré une biopsie d'endomètre et une hystérosalpingographie normales.
- Dans trois cas, l'origine est maritale (oligospermie).
 - . une seule fois, à l'examen clinique, est trouvée une atrophie testiculaire unilatérale.
 - . dans trois cas, l'installation d'une grossesse fut précédée d'un traitement hormonal.
- Dans le dernier cas, l'exploration se réduit à une hystérosalpingographie, d'ailleurs normale. Aucun traitement particulier ne fut institué.

A - SUR LES DOUZE G. R. E. VUES DES LE DEBUT DE LA GROSSESSE.

LA SURVEILLANCE comporte dans tous les cas :

- des bilans hormonaux.
- un traitement hormonal.
- une fois, une surveillance par amnioscopies et une fois par dosages d'oestriol répétés.

L'ACCOUCHEMENT se fit :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE	8
PAR APPLICATION DE FORCEPS	1
PAR OPERATION CESARIENNE	3

L'indication des opérations césariennes fut : viciation pelvienne, dystocie d'engagement et souffrance foetale.

L'ETAT DES ENFANTS :

ETAT SATISFAISANT (à la naissance et à la sortie)	10
HYPOTROPHIQUE	1
PREMATURE	1

Dans ce dernier cas, l'accouchement prématuré eut lieu à sept mois et demi après menace à six mois trois quarts traitée avec succès. Les explorations avaient montré une hypoplasie utérine associée à un état folliculinique persistant.

B - SUR LES TROIS G. R. E. VUES EN COURS DE GROSSESSE.

L'ACCOUCHEMENT fut obtenu par :

APPLICATION DE VENTOUSE	1
OPERATION CESARIENNE	2

L'indication des opérations césariennes fut : dystocie d'engagement et souffrance foetale.

L'ETAT DES TROIS ENFANTS fut satisfaisant à la naissance et à la sortie.

C - UNE G. R. E. NE FUT VUE QU'A L'ACCOUCHEMENT (non explorée).

ACCOUCHEMENT par opération césarienne pour siège et viciation pelvienne.
ENFANT de 3 570 g. Etat satisfaisant.

AU TOTAL, il faut noter :

- l'état satisfaisant des enfants dont quinze naissent à terme.
- de même, peu de pathologie au cours des grossesses.
- par contre, fréquence des opérations césariennes (37 %) et de l'aide à l'expulsion (13 %).

Ce pourcentage élevé d'interventions n'est sans doute pas étranger au fait que l'on juge plus sévèrement les épreuves du travail dans cette catégorie de parturientes.

2) - LES PRIMIPARES AGEES

=====

A partir de quel âge, une primipare peut-elle être dite âgée ? Certains retiennent le chiffre de 30 ans, d'autres de 35 ans. Ce dernier chiffre ne semble pas discutable. Aussi, dans nos seize observations retenues, nous avons :

- 12 femmes âgées de 34, 35 et 36 ans.
- les 4 autres ont 40 ans et plus (la plus âgée a 45 ans).

A - AUCUNE N'A ETE VUE DES LE DEBUT DE LA GROSSESSE.

B - SIX ONT ETE VUES EN COURS DE GROSSESSE.

Apparemment, aucune dans ce groupe n'a été traitée pour stérilité.

Une pathologie de la grossesse apparaît dans trois cas :

- un hypodéveloppement foetal.
- des métrorragies à huit mois et demi.
- une vaginite à trichomonas.

Des radiographies du contenu utérin parfois associées à une radiopelvimétrie ont été demandées dans la moitié des cas.

Deux femmes bénéficieront d'amnioscopies.

Enfin, la rupture prématurée des membranes semble fréquente (quatre fois sur six).

LES MODES D'ACCOUCHEMENT (où la surveillance par cardiotachymètre est souvent utilisée même en l'absence de souffrance foetale) sont résumés dans le tableau suivant :

NORMALEMENT PAR VOIE BASSE (avec épisiotomie)	1
PAR APPLICATION DE VENTOUSE (avec épisiotomies)	2
PAR OPERATION CESARIENNE	3

L'indication de deux opérations césariennes fut :

- une anomalie de la contraction utérine.
- une souffrance foetale en début de travail (l'enfant naîtra en état de mort apparente).

L'ETAT DES ENFANTS est :

SATISFAISANT	4
ETAT DE MORT APPARENTE (bon pronostic à la sortie)	1
HYPOTROPHIQUE	1

B - DIX G. R. E. N'ONT ETE VUES QUE POUR L'ACCOUCHEMENT.

Un traitement par Norluten quatre ans auparavant est à noter dans un cas.

Le travail de ces dix primipares âgées est marqué par :

- une rupture prématurée des membranes : quatre fois.
- une toxémie associée : quatre fois.
- la surveillance par cardiotachymètre et amnioscopie en début de travail : trois fois.

L'ACCOUCHEMENT :

NORMAL PAR VOIE BASSE SANS LESION PERINEALE	1
NORMAL AVEC DECHIRURE INCOMPLETE DU PERINEE	1
NORMAL AVEC EPISIOTOMIE	4
APPLICATION DE FORCEPS	1
OPERATION CESARIENNE - 2 anomalies de la dilatation - 1 dystocie d'engagement à dilatation complète	3

L'accouchement eut toujours lieu à terme (sauf une fois à terme dépassé de douze jours).

L'ETAT DES ENFANTS :

ETAT SATISFAISANT (dont un post mature)	7
HYPOTROPHIQUES	3

AU TOTAL, il convient de noter que malgré le faible nombre suivi, le pronostic foetal est cependant satisfaisant (aucun décès, pas de séquelle, pas de prématuré, mais quatre hypotrophiques),

La toxémie et la rupture prématurée des membranes sont assez fréquentes.

Au cours du travail : l'anomalie de la contraction utérine et de la dilatation est la principale complication responsable d'un pourcentage élevé d'opérations césariennes : 6 sur 16 (37%).

43 % seulement des accouchements s'effectuèrent sans intervention instrumentale ou chirurgicale.

Enfin, sur les quatre femmes âgées d'au moins quarante ans, trois fois sur quatre, une opération césarienne est pratiquée. Une fois cependant chez une femme de 41 ans, l'accouchement fut obtenu après un travail de 9 heures 10, et vingt minutes d'expulsion, d'un enfant, hypotrophique, il est vrai, de 2 680 g.

Il est difficile de conclure que seul l'accouchement demande une surveillance importante, car si l'évolution de nos seize grossesses a été finalement favorable, peut-être y-a-t-il une part de chance dans cette statistique. D'ailleurs, le faible pourcentage d'accouchements "normaux" justifie peut-être le qualificatif de grossesse à risque élevé.

CONCLUSIONS

.....
: CONCLUSIONS :
.....

Sujet d'actualité, alors qu'il l'a toujours été, le vocable "Grossesse à Risque élevé" a le mérite de fixer l'intérêt et d'assurer une plus large diffusion.

- 1.- Remarquons d'abord : qu'une grossesse à risque élevé sur trois n'a eu aucune surveillance spécialisée jusqu'à l'accouchement. Moins d'une sur deux vient consulter dès le début de la grossesse et bénéficie ainsi d'une surveillance complète en milieu obstétrical.

- 2.- Dans la classification des grossesses à risque élevé, celles qui ont des antécédents de mort foetale ou d'interruption prématurée habituelle de la gestation, constituent le groupe le plus important (44,1 %), alors que la pathologie de la gestation et de l'accouchement (29,3 %), la pathologie médicale associée à la grossesse (11,7 %), les femmes stériles et les primipares âgées (14,2 %) sont en proportion bien inférieure.

.../...

3.- Le Pronostic maternel des 236 grossesses à risque élevé étudiées est le suivant :

- Accouchement par voie basse : 69,3 % (soit 163 femmes)
- Accouchement par voie haute : 30,7 % (soit 73 femmes)
- La mortalité maternelle est de 1 cas ; la morbidité de 17 cas (dont 13 complications infectieuses et 4 complications thrombo-emboliques).
- 34 femmes seulement ont été revues en examen post-natal soit 14 %.
- 21 ont eu une stérilisation (2 hystérectomies ; 15 ligatures-section tubaires au cours de césariennes et 4 dans les suites de couches).

4. - Le Pronostic foetal est le suivant :

- morts in utéro : 11 soit 4,5 %
- morts néo-natales : 14 soit 5,7 %
soit une mortalité périnatale autour de 10 %.
- Les séquelles sont au nombre de 13 soit 5,3 %.
- Du point de vue étiologique le groupe des femmes toxémiques comporte 40 % de morts et de séquelles se répartissant pour :
 - . Les femmes vues en début de grossesse : 2 décès sur 7 enfants ;
 - celles vues en cours de grossesse : 1 décès sur 6 enfants ;
 - celles vues seulement lors de l'accouchement : 6 décès sur 14 enfants.

.../...

--- Il est particulièrement important de remarquer que :

- dans le groupe des femmes vues en début de grossesse

. Les morts in utéro représentent 1 %

. Les morts néo-natales représentent 4 %

soit une mortalité périnatale de 5 %

- dans le groupe des femmes vues en cours de grossesse

. Les morts in utéro représentent 1,6 %

. Les morts néo-natales représentent 6,6 %

soit une mortalité périnatale de 8,2 %

- dans le groupe de femmes vues lors de l'accouchement

. Les morts in utéro représentent 10,9 %

. Les morts néo-natales représentent 7,3 %

soit une mortalité périnatale de 18,2 %

Le dépistage des grossesses à risque élevé paraît donc particulièrement important à réaliser dès le début de la grossesse. Il serait encore mieux de le prévoir avant l'apparition d'une nouvelle gestation.

.../...

L'interrogatoire est essentiel, avec une recherche particulière du terrain vasculaire aussi bien personnel que familial.

La surveillance de telles grossesses doit se faire en milieu spécialisé ainsi que l'accouchement.

Nous soulignerons enfin, l'intérêt du Centre Néo-Natal, département de la Maternité, permettant l'étroite collaboration obstétrico-pédiatrique, lors de l'accouchement, et, dans la période néo-natale.

BIBLIOGRAPHIE

.....
: B I B L I O G R A P H I E :
.....

AMYOT G. et BERARD M. J.

La Prévention en Obstétrique

... Union med. Canada, Fev. 1967, 96, n° 2, 185-188

AUBRY R. H. et NESBITT R.E.L. Jr

L'Obstétrique à risques élevés : Evolutions Cyto-hormonales
et leur utilité pratique dans le traitement des grossesses
à risques élevés.

... Am J. obst. gyn., 1er mai 1970, 107, n° 1, 48, 64.

BASTIDE A., COTE H., RIOUX J. et SIMARD R.

L'amnioscopie, son intérêt pour les surveillances dans les
grossesses menacées près du terme.

... Union med. Canada, avril 1970, 99, n° 4, 704-710.

BERGER M. et GAVANACH D.

Toxemia et Pregnancy

... Am. J. Obst. et gyneco. 87, 293.

BERTHIER Y.

Grossesses et cardiopathies

... Conc. Med. 89, n° 12, 2 289 - 2 295

BOURY-HEYLER et PALMER R.

Grossesses avec hyperstimulation ovarienne (après HMG et
HCG à fortes doses) Coelioscopie - Accouchement à terme.

... Compte-rendu soc.fr. gyneco. 36, n° 8, 619-622 - Dec. 66

BRADY et Coll.

Foetal electrocardiographie Studies
... Am. J. Obst. gyneco. 86, 785

BUTTLER N. R., ALBERRAN E. D. et GOLDSTEIN H.

Prédiction des Risques élevés dans la grossesse. Perinatal
Problems.
... Edimburgh and London, F. et S. Livingston, Ltd, 1969

CHOSSON J.

Grossesse et accouchement chez les obèses.
... Gyn. et Obst. 63, 13 (mars 1964)

CHOSSON J. et Coll.

Cardiopathies congénitales et grossesses.
... Gyn. Obst. 62, 157 (mai 1963)

CIULLA U.

Les grossesses pathologiques et leurs répercussions sur le
nouveau-né (prématurité)
... Minerva péd. 14 janvier 1960, 12, n° 1-2, 8-11

CODACCIONI J. L., RUF H., BROCHERY P.

Prédiabète et grossesse.
... Marseille med. 106 (10) 795-804, 1969.

DELECOUR M.

La grossesse et l'Accouchement après la quarantaine.
... Presse med. 71, 1179.

DEROT M. et Coll.

Néphropathies et Hypertension artérielle au cours de la
grossesse [correlations anatomo-cliniques à propos de
50 cas étudiés par ponction - biopsie rénale].
... Presse med. 71, 1 221.

ECHT C. R. et COHEN L.

Traitement des grossesses à risques élevés.

... Am. J. Obst. Gyneco. 15 juillet 1970, 107, n° 6
947-953.

FRANCIS H. H. et SMELLIE J.

Maladies générales dans la grossesse.

... Brit. Med. J. n° 5 387, 887-890

FRITEL D.

Le traitement des néphropathies gravidiques.

... Bull. mens. Soc. med. Hôp. 114, 951 (n° 11 - 1963)

GILLET J. Y., WOLFF F., VORS J., MULLER P.

La surveillance des grossesses pathologiques par le dosage
de l'oestriol urinaire.

... Revue fr. gyn. obst. 65 (10) 561-569, octobre 1970

GOLD E. M. STONE M. L. et RICH H.

Soins maternels et infantiles complets dans la grossesse à
à risque élevé. Evaluation.

... Internat Surg. Dig. mars 1970, 79, n° 3, 126.

GREGOIRE

Les grossesses menacées.

... Bull. Soc. Se. med. Grand Duché Luxembourg, oct. 1970
107, n° 2, 277 - 286

HARTEMANN et Coll.

Cardiopathies et grossesses (à propos de 212 cas).

... Bull. Fed. gyneco. obst. 15, 450.

HENNESSY J. P. et ROHINO A.

Hodgkin's disease in Pregnancy

... Am. J. Obst. et gyneco. 87, 851.

HUBINOT P. O.

Les grossesses dangereuses.

... Gaz. Hôp. 31 octobre 1967, 139, n° 30, 1 322.

JAMAIN B.

Dépistage des symptômes pouvant faire craindre une évolution pathologique chez la femme enceinte en apparence normale.

... Revue Praticien, 11 Fev. 1961, 11, n° 5, 481-485.

LEVY-SOLAL E. et GRASSET J.

Syndromes pathologiques de la gravido-puerpéralité.

... Masson, edit. 1952

MARTIN-DUPONT Cl. et HAMON P.

Syndrome néphrotique et grossesses.

... Revue. fr. gyn. obst., 58, 819.

MAYER M. et Coll.

L'étude de la bilirubine amniotique dans le diagnostic et le traitement de l'érythroblastose foetale par iso-immunisation anti-rhésus.

... Gyn. et Obst. 62, 461.

MORIN P. ABBOU S.

Le dosage de l'oestriol urinaire dans le dépistage de la souffrance foetale in-utéro.

... Gyn. Obst. 69 (1) 35-42, Janvier-Février 1970

MULLER P.

Les Hypertensions artérielles au cours de la grossesse.

J. med. Nord et Est 1, 9, (Février 1964).

NEIBITT R. E. L. Jr et AUBRY R. H.

La grossesse à risque élevé. Valeur d'un système semi-objectif de graduation dans un groupe vulnérable.

... Am. J. Obst. Gyn., 1er Avril 1969, 103, n° 7, 972-985.

NEUMANN E. et BERNARDIN D.

La place du cerclage dans le traitement des béances cervico-isthmiques. A propos de 55 observations.

... Gyn. et Obst. 62, 355.

PALLIEZ R., BISERTE G., DELECOUR M., MONNIER J. C.

Biochimie du liquide amniotique. Etude de certains constituants du liquide amniotique dans les grossesses normales et pathologiques.

... Gyn. Obst. 69 (2), 97-112, Mars-Avril 1970.

PANIEL B., CHEVINIE J.

Intérêt du dosage de l'oestriol au cours de grossesses pathologiques.

... Gyn. Obst. 69 (1) 43-54 Janvier-Février 1970.

PAPIERNIK, BERKHAUER E.

Dépistage de grossesses à risque élevé. Méthode et Intérêt pronostiques.

... Entretiens Bichat (Chirurgie et spécialités) 1970, 331, 336.

PAPIERNIK et CENTENE J.

Dépistage de grossesses à haut risque. Etude préliminaire rétrospective.

... Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. française, sept. oct. 1970 22, n° 4, 413 - 419

RAYNAUD P.

Complications foetales et la Selection des cas de haut risque.

... Brit. J. Hosp. med. méd., 1970, 3.

RAYNAUD P.

Les grossesses à danger plus élevé.

... Union med. Canada, Fev. 1968, 97, n° 2, 188-192.

RIVIERE M.

Etats prédiabétiques et grossesses

... Bull. Fed. Gyn. Obst. 15, 1 à 83 (n° 1bis - 1963)

SANTARELLI J. et Coll.

La souffrance foetale dans les grossesses pathologiques.

Intérêt de l'examen du liquide amniotique.

... Gyn. Obst. 66, n° 3, 293-302

SCHEBAT Cl.

Diabète et grossesse

... Cah. R. M. F. 79, 329.

SENEZE J.

La surveillance de la grossesse et de l'accouchement
chez une femme dont le foetus est suspect d'une atteinte
par iso-immunisation rhésus.

... Revue fr. gyneco. Obst. 59, 559 (Septembre 64).

Table Ronde n° 4

Les grossesses à risque élevé.

Conséquences sur le nouveau-né.

... Entretiens de Bichat 1970, 19-20.

THALHAMMER O.

Les rapports entre les états gravidiques pathologiques et
les troubles du développement prénatal.

... Zschr. Gebh. Gyn. 1954, 140, n° 3, 276-288.

THOULON J. M.

Surveillance électronique de la vitalité foetale au cours
de l'Accouchement : monitoring obstétrical.

... Revue fr. Gyneco. Obst. 64, n° 7-8, 401 - 409.

VARANGOT J. (avec la collaboration de E. PAPIERNIK).

La surveillance des grossesses dites à haut risque.

